



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KINERJA PETUGAS MANAJEMEN TERPADU BALITA  
SAKIT (MTBS) DALAM PELAYANAN MTBS DI PUSKESMAS  
DINAS KESEHATAN KOTA MADIUN  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana  
Kesehatan Masyarakat**

**FERA TRI WAHYUNI  
0906615631**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KINERJA PETUGAS MANAJEMEN TERPADU BALITA  
SAKIT (MTBS) DALAM PELAYANAN MTBS DI PUSKESMAS  
DINAS KESEHATAN KOTA MADIUN  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana  
Kesehatan Masyarakat**

**FERA TRI WAHYUNI  
0906615631**


**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2011**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Fera Tri Wahyuni**

**NPM : 0906615631**

**Tanda Tangan :** 

**Tanggal : 8 Juni 2011**

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Fera Tri Wahyuni  
NPM : 0906615631  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Judul Skripsi : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam Pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. drg. Ella Nurlaela Hadi, M.Kes (.....)  
Penguji : Prof. DR. dr. Kusharisupeni, M.sc (.....)  
Penguji : dr. Rani Martina (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 8 Juni 2011

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya:

Nama : Fera Tri Wahyuni  
NPM : 0906615631  
Program studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Kebidanan Komunitas  
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

**Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam Pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011**

Apabila suatu nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 8 Juni 2011



(Fera Tri Wahyuni)

## KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayahNYA, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini yang berjudul **“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam Pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011”** sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Peminatan Bidan Komunitas.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada:

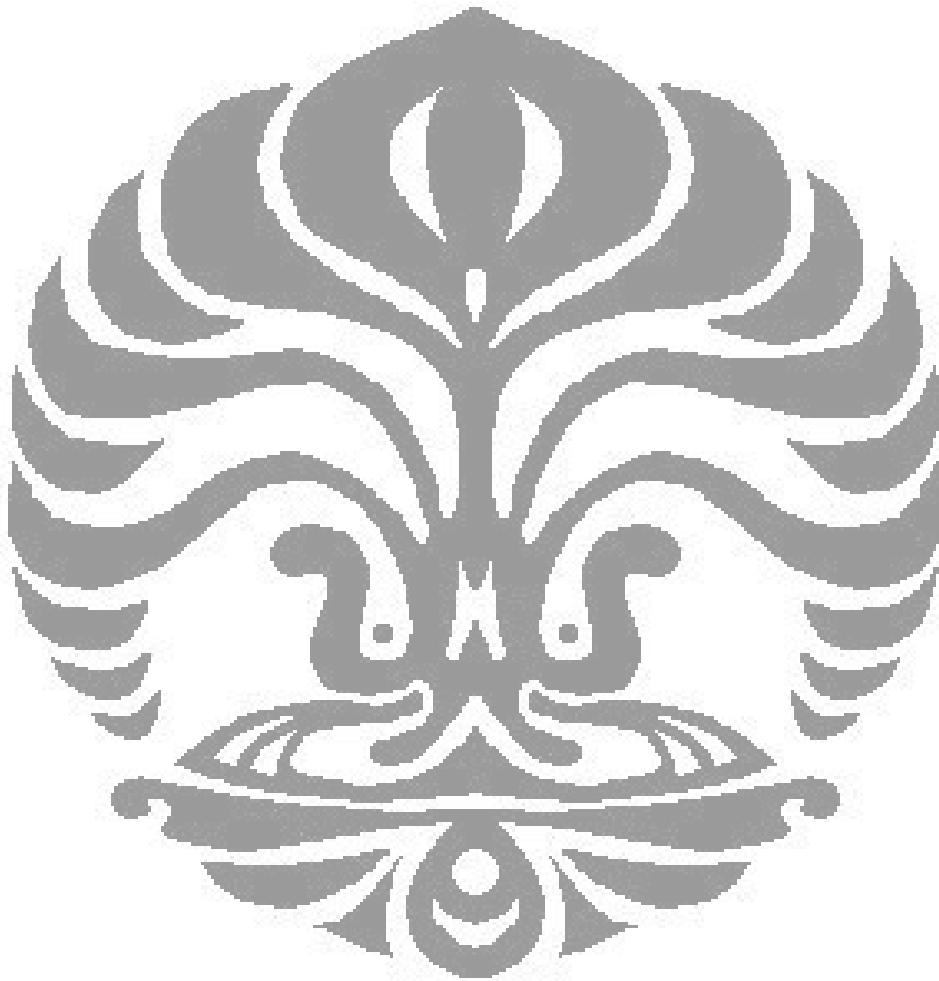
1. Ibu DR. drg. Ella Nurlaela Hadi, M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini
2. Ibu Prop. DR. dr. Kusharisupeni, M.sc atas kesediaannya sebagai penguji sidang skripsi dan masukannya
3. Ibu dr. Rani Martina atas kesediaannya sebagai penguji sidang skripsi dan masukannya
4. Para Dosen dan Staf di FKM UI atas bimbingan dan kekeluargaannya selama penulis menempuh pendidikan
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Madiun yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun
6. Suami, anak dan keluargaku untuk dukungan, pengorbanan, pengertian, cinta kasih dan doa tulusnya
7. Teman-teman Bidkom angkatan II yang selalu bersama dalam suka dan duka, terima kasih atas bantuan dan kebersamaannya. Semoga silaturahmi ini tetap terjaga

Penulis menyadari sepenuhnya dalam penulisan dan penyusunan skripsi ini banyak kekurangannya karena keterbatasan pengetahuan, wawasan dan kemampuan penulis. Oleh karena itu saran dan kritik yang sifatnya membangun

sangatlah penulis harapkan. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, 8 Juni 2011

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fera Tri Wahyuni  
NPM : 0906615631  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

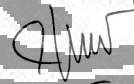
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam Pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Tanggal : 8 Juni 2011  
Yang menyatakan



(Fera Tri Wahyuni)



## ABSTRAK

Nama : Fera Tri Wahyuni  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Judul : Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011. Desain *cross sectional*, dilakukan pada bulan April-Mei 2011 dengan responden 80 petugas MTBS. Hasil penelitian menunjukkan hanya 16,2% petugas MTBS yang berkinerja baik. Motivasi, beban kerja dan supervisi merupakan variabel yang berhubungan dengan kinerja petugas MTBS, sedangkan umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja, pengetahuan tentang MTBS dan sarana dan prasarana tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS. Atas dasar tersebut untuk meningkatkan kinerja petugas MTBS perlu diberlakukan sistem penghargaan, pembagian kerja yang jelas atau menunjuk petugas khusus untuk menjalankan MTBS, serta mengoptimalkan supervisi.

**Kata Kunci:** Kinerja, MTBS

## ABSTRACT

Name : Fera Tri Wahyuni  
Study Program : Public Health  
Title : Factors Related to The Performance of Intregated Management of Childhood Illness (IMCI) Officer on serving IMCI in Puskesmas Madiun City Health Office in 2011

The aim of this study was to find out factors related to the performance of IMCI officer on serving IMCI in Puskesmas Madiun City Health Office in 2011. Cross-sectional design, that was conducted in April-May 2011 with 80 respondents of officers IMCI. The study results showed that only 16.2% IMCI officers who perform well. Motivation, workload, and supervision is a variable related to the performance of IMCI officer, while age, education, training, years of service, knowledge of IMCI and facilities and infrastructure not related to the performance official of IMCI. Based on the result, it is important to improve their performance officer IMCI need to be implemented reward system, a clear division of labor, or appoint a special officer to run the IMCI, and to optimize supervision.

**Keyword:** Performance, IMCI

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORIGINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	6
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	6
1.4. Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1. Tujuan Umum.....	7
1.4.2. Tujuan Khusus.....	7
1.5. Manfaat Penelitian.....	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Konsep Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	
2.1.1. Pengertian MTBS .....	9
2.1.2. Pelaksanaan MTBS .....	11
2.2.3. Penerapan MTBS di Puskesmas.....	13
2.2. Konsep Kinerja	
2.2.1. Pengertian Kinerja.....	15
2.2.2. Penilaian Kinerja .....	15
2.2.3. Tujuan Penilaian Kinerja.....	16
2.2.4. Metode Penilaian Kinerja.....	17
2.2.5. Teori yang Berhubungan dengan Kinerja.....	19
2.2.6. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja.....	22
1) Umur .....	22
2) Pendidikan.....	22
3) Pelatihan.....	23
4) Masa Kerja .....	24
5) Pengetahuan .....	24
6) Motivasi.....	25
7) Beban Kerja.....	26
8) Sarana dan Prasarana.....	27
9) Dukungan Kepala Puskesmas .....	27

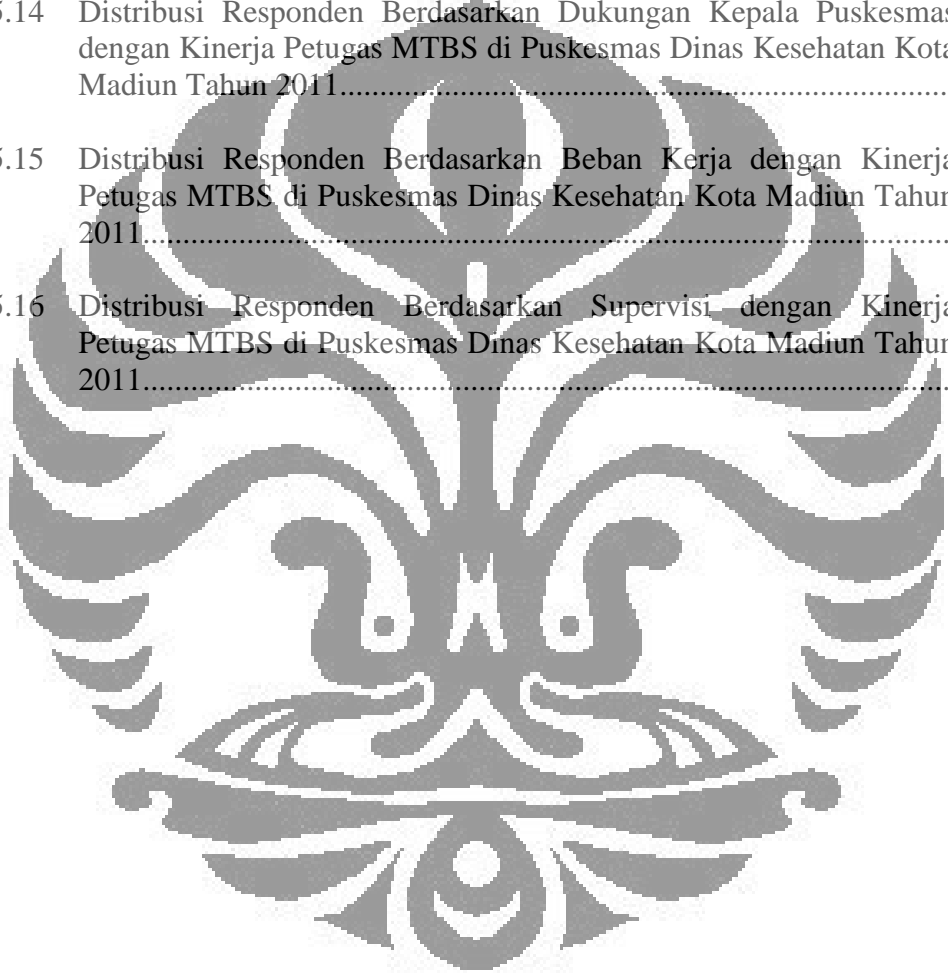
10) Supervisi.....	28
<b>BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS</b>	
3.1 Kerangka Teori.....	30
3.2 Kerangka Konsep.....	30
3.3 Definisi Operasional.....	32
3.4 Hipotesis.....	34
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian.....	35
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	35
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	35
4.4 Pengumpulan Data.....	36
4.5 Pengolahan dan Analisis Data.....	36
4.5.1 Pengolahan Data.....	36
4.5.2 Analisis Data.....	39
1) Analisis Univariat.....	39
2) Analisis Bivariat.....	39
<b>BAB 5 HASIL</b>	
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	40
5.1.1 Kondisi Geografis.....	40
5.1.2 Kondisi Demografis.....	40
5.1.3 Tenaga dan Sarana Kesehatan.....	41
5.1.4 Sasaran Ibu Hamil, Ibu Bersalin/Nifas, Bayi, Anak Balita dan Anak Prasekolah di Kota Madiun Tahun 2010.....	41
5.1.5 Gambaran Jumlah Tenaga MTBS di Lokasi Penelitian.....	41
5.2 Gambaran Hasil Penelitian.....	42
5.2.1 Gambaran Kinerja Petugas MTBS.....	42
5.2.2 Gambaran Variabel Individu.....	42
5.2.3 Gambaran Variabel Psikologi.....	43
5.2.4 Gambaran Variabel Organisasi.....	44
5.3 Hubungan Variabel Individu, Psikologi dan Organisasi dengan Kinerja Petugas MTBS.....	45
5.3.1 Hubungan antara Umur dengan Kinerja Petugas MTBS.....	45
5.3.2 Hubungan antara Pendidikan dengan Kinerja Petugas MTBS.....	46
5.3.3 Hubungan antara Pelatihan dengan Kinerja Petugas MTBS.....	46
5.3.4 Hubungan antara Masa Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS.....	46
5.3.5 Hubungan antara Pengetahuan dengan Kinerja	

Petugas MTBS.....	47
5.3.6 Hubungan antara Motivasi dengan Kinerja Petugas MTBS.....	47
5.3.7 Hubungan antara Sarana dan Prasarana dengan Kinerja Petugas MTBS.....	48
5.3.8 Hubungan antara Dukungan Kepala Puskesmas dengan Kinerja Petugas MTBS .....	48
5.3.9 Hubungan antara Beban Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS.....	49
5.3.10 Hubungan antara Supervisi dengan Kinerja Petugas MTBS .....	49
 <b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	51
6.1.1 Desain Penelitian.....	51
6.1.2 Pengumpulan Data.....	51
6.2 Gambaran Kinerja Petugas MTBS.....	52
6.3 Variabel-variabel yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas MTBS.....	53
6.3.1 Hubungan antara Umur dengan Kinerja Petugas MTBS.....	53
6.3.2 Hubungan antara Pendidikan dengan Kinerja Petugas MTBS.....	54
6.3.3 Hubungan antara Pelatihan dengan Kinerja Petugas MTBS.....	54
6.3.4 Hubungan antara Masa Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS.....	55
6.3.5 Hubungan antara Pengetahuan dengan Kinerja Petugas MTBS.....	55
6.3.6 Hubungan antara Motivasi dengan Kinerja Petugas MTBS.....	56
6.3.7 Hubungan antara Sarana dan Prasarana dengan Kinerja Petugas MTBS.....	58
6.3.8 Hubungan antara Dukungan Kepala Puskesmas dengan Kinerja Petugas MTBS .....	59
6.3.9 Hubungan antara Beban Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS.....	60
6.3.10 Hubungan antara Supervisi dengan Kinerja Petugas MTBS .....	60
 <b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan.....	62
7.2 Saran .....	62

**DAFTAR TABEL**

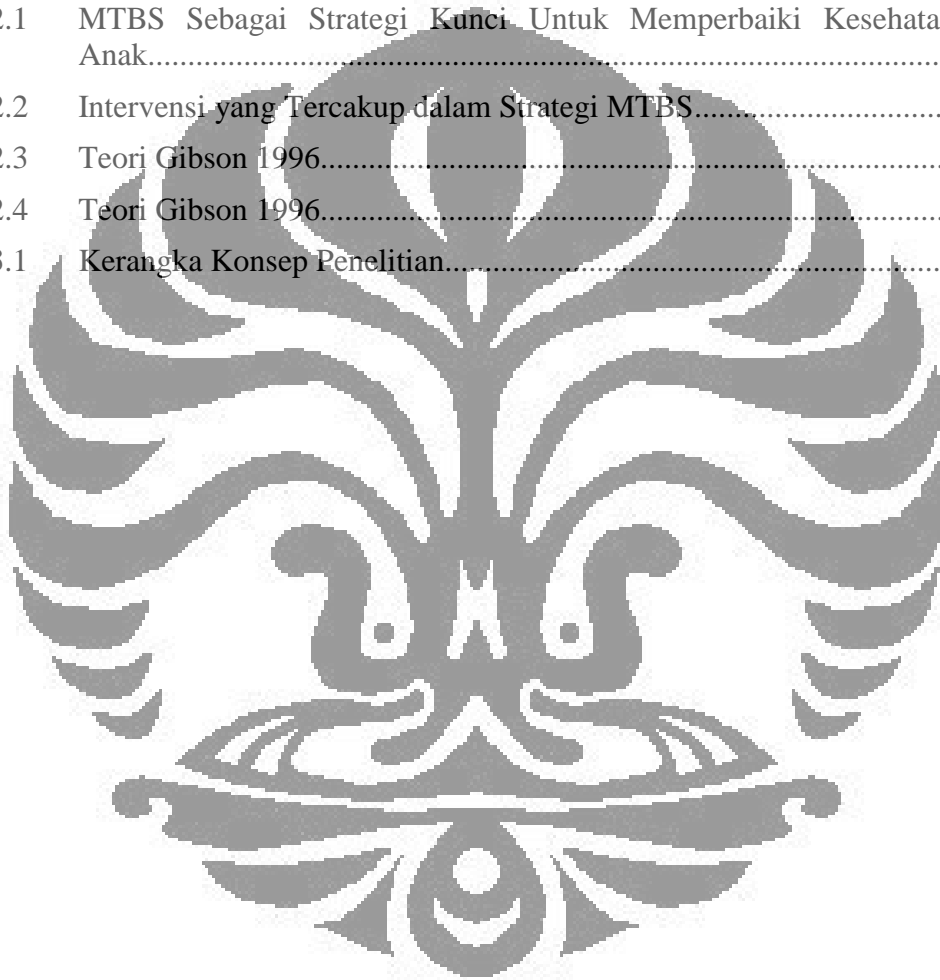
Tabel	Halaman
2.1 Keluhan Anak Sakit dan Kemungkinan Penyebab atau Kondisi yang Menyertai.....	9
5.1 Jumlah Tenaga Kesehatan di Kota Madiun.....	41
5.2 Jumlah Sasaran Ibu Hamil, Ibu Bersalin/Nifas, Bayi, Anak Balita dan Anak Prasekolah Berdasarkan Puskesmas di Kota Madiun Tahun 2010.....	41
5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kinerja di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	42
5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Individu di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	42
5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Psikologi (Motivasi) di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	43
5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Organisasi di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	44
5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Umur dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	45
5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	46
5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Pelatihan dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	46
5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	47

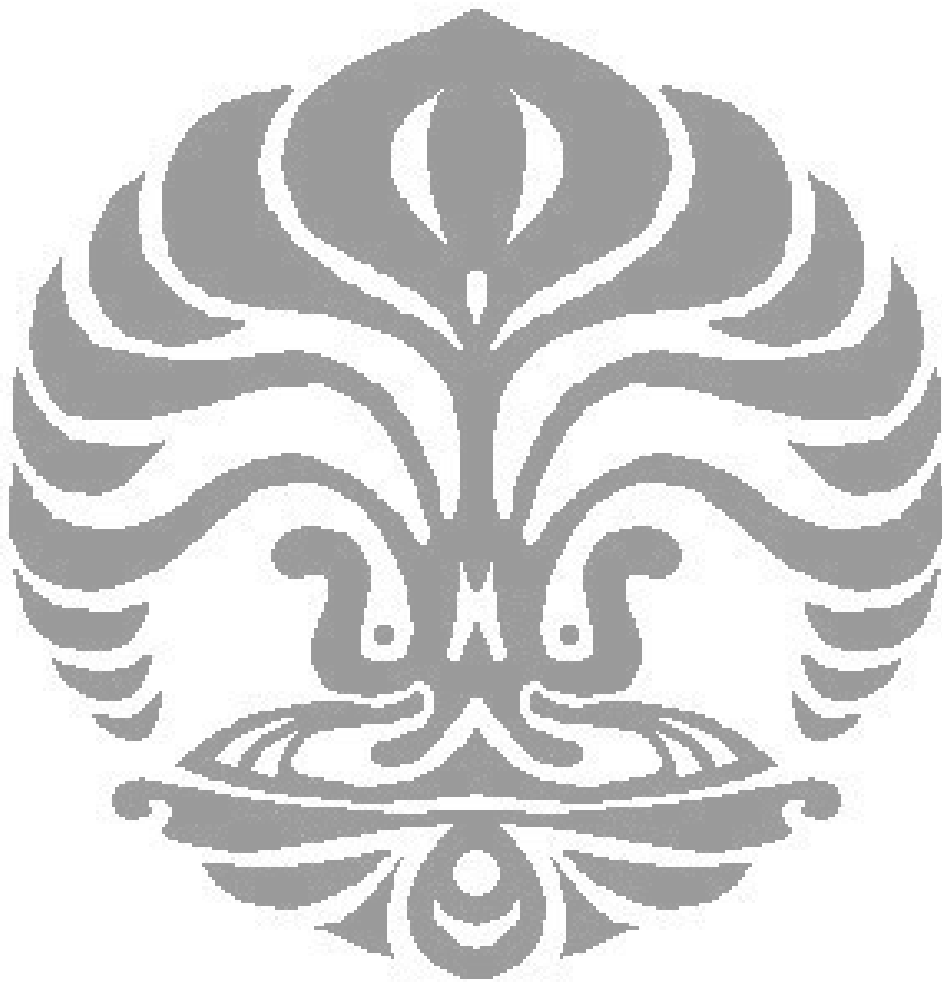
5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	47
5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	47
5.13	Distribusi Responden Berdasarkan Sarana dan Prasarana dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madun Tahun 2011.....	48
5.14	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Kepala Puskesmas dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	49
5.15	Distribusi Responden Berdasarkan Beban Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	49
5.16	Distribusi Responden Berdasarkan Supervisi dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.....	50



## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 MTBS Sebagai Strategi Kunci Untuk Memperbaiki Kesehatan Anak.....	10
2.2 Intervensi yang Tercakup dalam Strategi MTBS.....	10
2.3 Teori Gibson 1996.....	20
2.4 Teori Gibson 1996.....	21
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	31







## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesehatan suatu negara. *Millenium Development Goals* (MDGs) dalam tujuan ke-4 mengamanatkan bahwa angka kematian balita harus mampu diturunkan menjadi 2/3 pada tahun 2015. *World Health Organization* (WHO) dan *United Nation Children's Fund* (UNICEF) 2005, menyatakan bahwa setiap tahun lebih dari 10 juta anak di negara berkembang meninggal sebelum ulang tahunnya yang kelima. Berdasarkan Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia yaitu 34 bayi per 1000 kelahiran hidup (KH), Angka Kematian Balita (AKABA), yaitu 44 balita per 1000 KH dan angka kematian anak 1-5 tahun, yaitu 10 per 1000 KH. Mengacu pada MDGs tujuan ke-4, AKB di Indonesia pada tahun 2015 diharapkan turun menjadi 17/1000 KH dan Balita menjadi 23/1000 KH, tentunya tidaklah mudah untuk mencapai angka angka tersebut, mengingat banyak faktor yang berpengaruh.

Di Propinsi Jawa Timur, berdasarkan data profil kesehatan tahun 2008 tercatat 4.368 bayi meninggal dari 558.934 kelahiran (7,8/1000 KH). AKB menurut estimasi BPS Provinsi Jawa Timur tahun 2008 yaitu 32,2/1000 KH dan tahun 2009 yaitu 31,4/1000 KH. Jumlah anak balita yang meninggal tahun 2008 yaitu 714 dari 558.934 kelahiran (1,3/1000 KH) dan berdasarkan rekapitulasi kasi kesehatan keluarga (Sie Kesga) tahun 2009 tercatat 439 kematian anak balita dari 591.229 KH (0,7/1000 KH). Menurut data profil kesehatan Kota Madiun tahun 2009 AKB yaitu 18,6/1000 KH, sedangkan AKABA tahun 2009 yaitu 1,5/1000 KH.

Pneumonia, diare, malaria, campak, malnutrisi dan kombinasi dari keadaan tersebut merupakan penyebab lebih dari 70% kematian anak dibawah 5 tahun (Depkes RI, 2008). Kematian bayi dan anak balita yang disebabkan 5 jenis penyakit utama tersebut sangat mungkin disembuhkan dengan pengelolaan yang baik.

Program perawatan balita sakit yang dipakai selama ini adalah program intervensi secara terpisah untuk masing-masing penyakit, seperti manajemen

ISPA, diare, malaria dan penanganan balita kurang gizi. Program intervensi yang terpisah ini menimbulkan kesulitan bagi petugas dalam menentukan diagnosa dan menggabungkan berbagai pedoman yang terpisah pada saat menangani anak yang menderita beberapa penyakit yang seringkali menunjukkan gejala gejala klinis yang sama dan saling tumpang tindih. Pengobatan menjadi lebih rumit, tidak terarah dan menyebabkan pembengkakan biaya pengobatan. Hal ini mengakibatkan tingginya angka *missed opportunity* (kehilangan peluang) dan *drop out* (putusnya pengobatan) di puskesmas. Oleh karena itu perlu penanganan yang terintegrasi, sistematis dan efektif.

Untuk mengatasi kelemahan metode intervensi tersebut WHO dan UNICEF pada tahun 1996 mengembangkan suatu paket yang memadukan pelayanan terhadap balita sakit dengan cara memadukan intervensi yang terpisah menjadi satu paket tunggal dengan nama *Intregated Management of Childhood Illness* (IMCI). IMCI merupakan suatu bentuk strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan bayi dan anak balita di negara-negara berkembang. WHO menganjurkan agar strategi ini diterapkan dan direplikasikan di negara-negara yang mempunyai AKB di atas 40/1000 KH dan di daerah transmisi plasmodium malaria falsiparum (WHO, 2005). Strategi IMCI sampai tahun 2007 telah diadopsi lebih dari 100 negara (WHO, 2007)

IMCI dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1997 dikenal dengan nama Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). MTBS merupakan suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit (0-59 bulan) yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar. MTBS merupakan paket komprehensif yang meliputi aspek preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif yang mencakup upaya perbaikan penatalaksanaan terhadap penyakit seperti pneumoni, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi serta pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit seperti imunisasi, pemberian vitamin A, konseling pemberian ASI dan pemberian makan. MTBS digunakan sebagai standar pelayanan bayi dan balita sakit sekaligus sebagai pedoman bagi tenaga keperawatan (bidan dan perawat) khususnya di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2008).

Strategi MTBS mempunyai tiga komponen khas yang menguntungkan yaitu dapat meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit, memperbaiki sistem kesehatan (utamanya di tingkat kabupaten/kota) dan memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat) sehingga berdampak pada penurunan angka kematian bayi dan balita (WHO, 2005). Komponen diatas harus didukung oleh program perencanaan, termasuk seleksi indikator, penetapan target dan evaluasi (WHO,1999).

Prinsip MTBS adalah memperbaiki kinerja petugas dan kualitas pelayanan kesehatan pada balita sakit. Elemen penting dari MTBS adalah pendekatan terpadu berbasis data/bukti yang fokus pada identifikasi, pengobatan dan rujukan (WHO,2005). Didalam pelaksanaannya, pendekatan MTBS pada balita sakit di puskesmas menggunakan algoritma/proses manajemen kasus yang berurutan yaitu: 1) penilaian, 2) klasifikasi, 3) penentuan tindakan, 4) pengobatan, termasuk pembinaan pemberian imunisasi dan vitamin A, 5) konseling bagi ibu mengenai cara perawatan balita sakit dan pemberian obat di rumah, cara pemberian makan selama dan setelah sembuh dari sakit serta memberi tahu kapan ibu harus kembali untuk kunjungan ulang dan kapan balita harus segera dibawa ke puskesmas dan 6) pelayanan tindak lanjut (Depkes RI, 2008).

Penerapan MTBS dengan baik dapat meningkatkan upaya penemuan kasus secara dini, memperbaiki manajemen penanganan dan pengobatan, promosi serta peningkatan pengetahuan bagi ibu-ibu dalam merawat anak di rumah serta upaya mengoptimalkan sistem rujukan dari masyarakat ke fasilitas pelayanan primer dan rumah sakit sebagai pusat rujukan. MTBS sebagai salah satu intervensi berbasis data/*evidence-based intervention* (EBI) dapat berdampak pada penurunan kematian neonatus, bayi dan anak balita bilamana dapat dilaksanakan secara luas dan benar. Menurut laporan bank dunia tahun 2003 MTBS adalah intervensi yang *cost effective* untuk mengatasi masalah kematian balita (Depkes, 2008).

Berdasarkan Peta Jalan Percepatan Pencapaian Pembangunan Millenium di Indonesia, MTBS merupakan salah satu intervensi inti yang ditetapkan dalam kebijakan dan strategi kesehatan di Indonesia untuk mempercepat akselerasi

kematian bayi dan balita. Untuk mempertahankan dan memperluas cakupan MTBS memerlukan penguatan jaringan sistem pelayanan kesehatan yang meliputi sumber daya manusia, keuangan, serta sumber daya materiil lainnya yang dapat dialokasikan ataupun direlokasi sesuai kebutuhan untuk menjaga momentum penting dalam pelaksanaan MTBS. Hambatan utama dalam memperluas penerapan dan cakupan MTBS meliputi masalah tata kelola, pelatihan staf, pendanaan dan promosi kesehatan di tingkat akar rumput (Bappenas, 2010).

Penerapan MTBS di Indonesia sampai akhir tahun 2009 telah mencakup 33 provinsi, namun belum semua puskesmas mampu menerapkan karena berbagai sebab. Menurut data laporan rutin yang dihimpun dari Dinas Kesehatan propinsi seluruh Indonesia melalui Pertemuan Nasional Program Kesehatan Anak tahun 2010, jumlah puskesmas yang melaksanakan MTBS hingga akhir tahun 2009 sebesar 51,6% dari 8.737 puskesmas (Wijaya, 2009).

MTBS mulai diuji cobakan di Jawa Timur pada tahun 1997 tepatnya di Kabupaten Sidoarjo. Berdasarkan laporan penerapan MTBS Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur sampai akhir tahun 2009 penerapan MTBS telah mencakup 692 puskesmas dari 943 puskesmas (73,4%). Jumlah fasilitator MTBS sebanyak 130 orang, terdiri dari 187 dokter dan 43 non dokter. Jumlah tenaga kesehatan terlatih MTBS sebanyak 2846 orang, terdiri dari 736 dokter, 1266 bidan dan 841 perawat. Pencapaian cakupan balita sakit yang di MTBS tahun 2009 yaitu 54,7%.

Di kota Madiun penerapan pelayanan MTBS dimulai sejak tahun 2006 dan sampai akhir tahun 2010 penerapannya telah mencakup seluruh puskesmas yang ada di wilayah Dinas Kesehatan Kota Madiun (6 puskesmas). Pelatihan MTBS telah dilaksanakan terhadap 6 puskesmas yang ada. Jumlah fasilitator MTBS 4 orang terdiri dari 2 dokter dan 2 bidan. Jumlah tenaga kesehatan terlatih MTBS sebanyak 45 orang yang terdiri dari 23 bidan, 13 dokter dan 9 perawat. Berdasarkan hasil evaluasi tahunan Kasi Kesehatan Keluarga (Sie Kesga) Dinas Kesehatan Kota Madiun, pencapaian cakupan balita sakit yang di MTBS selama 2 tahun masih rendah yaitu 31% pada tahun 2009 dan 45% pada tahun 2010. Pencapaian cakupan anak balita sakit yang di MTBS di kota Madiun masih kurang dari target yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2010 yaitu 70%.

Didalam Penerapan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun ditemukan kesenjangan pencapaian balita sakit yang ditangani dengan pendekatan MTBS. Total kunjungan balita sakit 6 puskesmas di Kota Madiun tahun 2010 adalah 14.907 balita dan yang mendapat pelayanan MTBS 6720 balita. Bila dihitung rata-rata kunjungan setiap puskesmas 2485 balita/tahun. Rata-rata kunjungan balita sakit perhari disetiap puskesmas 9-10 orang, namun hanya 4-5 orang yang mendapat pelayanan MTBS. Kunjungan balita sakit < 10 orang perhari seharusnya pelayanan MTBS dapat diberikan langsung kepada seluruh balita sakit, sebagaimana acuan pentahapan penerapan MTBS di puskesmas. Upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan Kota Madiun untuk mengatasi rendahnya pencapaian cakupan balita sakit di MTBS dan ketidaksesuaian dengan acuan pentahapan penerapan MTBS yaitu mengadakan pelatihan MTBS, kalakarya MTBS di puskesmas, melakukan supervisi fasilitasi ke petugas pembinaan serta pengadaan format MTBS.

Pencapaian cakupan balita sakit yang di MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun masih kurang dari target serta pelaksanaannya belum sesuai dengan acuan pentahapan penerapan MTBS kemungkinan disebabkan kinerja petugas MTBS masih rendah. Kinerja adalah hasil kerja yang dapat ditampilkan atau penampilan kerja seorang karyawan yang diukur sesuai uraian tugas (Notoatmodjo, 2009). Kinerja dapat dinilai secara kuantitatif maupun kualitatif sebagai ukuran keberhasilan seseorang menyelesaikan tugas (Ilyas, 2002).

Gibson (1996) menyatakan bahwa kinerja seseorang dilatar belakangi oleh perilaku kerja yang dipengaruhi oleh beberapa variabel yaitu variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latar belakang (keluarga, tingkat sosial, pengalaman) dan demografi (umur, asal usul, jenis kelamin). Variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Pengukuran kuantitatif terhadap hasil kerja petugas MTBS dan analisa faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas MTBS dalam pelaksanaan

pelayanan MTBS dapat memberikan gambaran kinerja petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka yang dapat diangkat menjadi permasalahan adalah pencapaian cakupan pelayanan balita sakit yang di MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun masih kurang dari target yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2010 yaitu 70%. Pencapaian cakupan pelayanan MTBS tahun 2010, yaitu 45%. Selain itu juga terdapat kesenjangan pencapaian jumlah balita sakit yang di tangani dengan pendekatan MTBS, sebagaimana acuan pentahapan penerapan MTBS di puskesmas. Untuk itu perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1 Bagaimana gambaran kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
- 1.3.2 Bagaimana gambaran variabel individu petugas MTBS (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan) dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas kesehatan Madiun tahun 2011?
- 1.3.3 Bagaimana gambaran variabel psikologi petugas MTBS (motivasi) dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
- 1.3.4 Bagaimana gambaran variabel organisasi petugas MTBS (beban kerja, sarana dan prasarana, dukungan kepala puskesmas dan supervisi) dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
- 1.3.5 Bagaimana hubungan antara variabel individu (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?

- 1.3.6 Bagaimana hubungan antara variabel psikologi (motivasi) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelaksanaan pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
- 1.3.7 Bagaimana hubungan antara variabel organisasi (sarana dan prasarana, dukungan kepala puskesmas, beban kerja dan supervisi) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?

#### **1.4 Tujuan penelitian**

##### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota madiun tahun 2011?

##### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambaran kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
2. Mengetahui gambaran variabel individu petugas MTBS (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan) dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas kesehatan Madiun tahun 2011?
3. Mengetahui gambaran variabel psikologi petugas MTBS (motivasi) dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
4. Mengetahui gambaran variabel organisasi petugas MTBS (beban kerja, sarana dan prasarana, dukungan kepala puskesmas dan supervisi) dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
5. Mengetahui hubungan antara variabel individu (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?

6. Mengetahui hubungan antara variabel psikologi (motivasi) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelaksanaan pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?
7. Mengetahui hubungan antara variabel organisasi (beban kerja, sarana dan prasarana, dukungan kepala puskesmas dan supervisi) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011?

### 1.5 Manfaat Penelitian

1. Dinas Kesehatan Kota Madiun  
Sebagai masukan dalam merumuskan kebijakan dan peningkatan pelaksanaan serta kualitas pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun.
2. Bagi pemegang program KIA  
Memberi informasi tentang pelaksanaan pelayanan MTBS dan permasalahannya.
3. Bagi peneliti lain  
Memberikan gambaran dan acuan pada penelitian yang sejenis
4. Bagi penulis  
Sebagai tambahan pengalaman dan pengetahuan serta sebagai bekal saat kembali bertugas.

### 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilaksanakan di 6 puskesmas induk dan 16 puskesmas pembantu yang berada di wilayah Dinas Kesehatan Kota Madiun, yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011. Penelitian ini dilakukan dengan metode *cross sectional*, menggunakan data primer dan data sekunder, sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah semua petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

##### 2.1.1 Pengertian MTBS

Manajemen Terpadu Balita Sakit adalah suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif terhadap penyakit pneumoni, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif dan preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A dan konseling pemberian makan yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita serta menekan morbiditas untuk penyakit tersebut. MTBS digunakan sebagai standar pelayanan bayi dan balita sakit sekaligus sebagai pedoman bagi tenaga keperawatan (bidan dan perawat) khususnya di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa MTBS adalah suatu prosedur dengan prinsip keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang menjadi standar pelayanan bagi balita sakit sekaligus pedoman bagi tenaga keperawatan di puskesmas.

**Tabel 2.1**  
**Keluhan Anak Sakit dan Kemungkinan Penyebab atau Kondisi yang Menyertai**

PADA SEBAGIAN ANAK DIAGNOSA TUNGGAL MUNGKIN KURANG TEPAT	
Keluhan yang disampaikan	Kemungkinan penyebab atau kondisi yang menyertai
Batuk dan atau nafas cepat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumoni</li> <li>• Anemia berat</li> <li>• Malaria</li> </ul>
Letargis atau tidak sadar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malaria serebral</li> <li>• Meningitis</li> <li>• Dehidrasi berat</li> <li>• Pneumoni berat</li> </ul>
Ruam campak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumoni</li> <li>• Diare</li> <li>• Infeksi telinga</li> </ul>
Bayi muda yang sakit berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumoni</li> <li>• Meningitis</li> <li>• Sepsis</li> </ul>

Sumber: WHO. Information IMCI, Rev. 1, 1999, p. 2.

Timbulnya gagasan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit ini berdasarkan kenyataan di lapangan bahwa sebagian besar anak sakit yang datang ke fasilitas kesehatan mempunyai keluhan yang berhubungan dengan lebih dari satu kondisi, seperti pada tabel 2.1 diatas.

Berdasarkan kenyataan yang disebutkan diatas pengobatan bayi dan balita sakit menjadi lebih kompleks, oleh karena itu dibutuhkan keterpaduan pengobatan untuk beberapa kondisi anak sakit. Strategi yang digunakan dalam pendekatan MTBS adalah mengkombinasikan perbaikan tatalaksana balita sakit dengan aspek nutrisi, imunisasi, pencegahan penyakit termasuk kesehatan ibu. MTBS menjadi kunci upaya perbaikan kesehatan anak, seperti pada gambar dibawah ini:



Sumber: Who. Information IMCI, Rev.1, 1999, p.3.

**Gambar 2.2**  
**Intervensi yang Tercakup dalam Strategi MTBS**

	Meningkatkan pertumbuhan Pencegahan Penyakit	Pelayanan Kuratif
Di rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi untuk meningkatkan gizi ditingkat rumah tangga/masyarakat</li> <li>• Insektisida-pemasangan kelambu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tatalaksana kasus secara dini</li> <li>• Pola pencarian pertolongan yang tepat</li> <li>• Kepatuhan terhadap pengobatan</li> </ul>
Pelayanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunisasi</li> <li>• Asi dan MP-ASI</li> <li>• Suplemen mikronutrien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tatalaksana kasus ISPA, diare, campak dan malnutrisi serta infeksi serius yang lain</li> <li>• Konseling tentang pemberian makan dan pemberian ASI</li> <li>• Pengobatan kecacingan</li> </ul>

Sumber: Who, Information IMCI, Rev. 1, 1999, p. 3.

Berdasarkan gambar 2.2 dapat diketahui bahwa intervensi MTBS terdiri dari intervensi preventif dan kuratif, meliputi perbaikan praktek kesehatan di fasilitas kesehatan dan di rumah.

Implementasi strategi MTBS menurut Myrnawati (1998) mempunyai beberapa keunggulan, antara lain:

1. Lebih efisien dan ekonomis dalam perencanaan pelatihan, supervisi dan manajemen sebuah fasilitas pengobatan rawat jalan termasuk penggunaan obat serta pemanfaatan waktu dan tenaga kesehatan
2. Dapat lebih dini menangani kasus-kasus penyakit yang mengancam jiwa anak balita
3. Dapat mengkombinasikan terapi untuk semua penyakit, sehingga setiap keluhan yang ada dapat diobati secara serentak
4. Dapat memanfaatkan setiap pertemuan untuk mengimplementasikan tindakan pencegahan (imunisasi, suplementasi vitamin A, promosi pemberian ASI, promosi pemberian makanan setempat yang tinggi kalori dan kaya gizi pada waktu menyapih.
5. Dapat meningkatkan komunikasi dengan ibu/pengasuh dalam menyampaikan pesan kesehatan.

Menurut WHO (1999) sasaran dan hasil yang yang diharapkan dari implementasi strategi MTBS adalah sebagai berikut:

1. Mencegah dan mengurangi kematian bayi dan balita
2. Mencegah dan mengurangi timbulnya penyakit dan permasalahan kesehatan pada bayi dan balita
3. Meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan selama 5 tahun awal kehidupan anak.

### 2.1.2 Pelaksanaan MTBS

Tujuan pelayanan kesehatan anak adalah untuk memfasilitasi kesehatan yang optimal dan kesejahteraan bagi anak dan keluarganya. Hal ini berhubungan dengan aktifitas yang saling berkaitan antara masalah *surveilans* dan manajemen, masalah pencegahan/preventif, promosi kesehatan dan koordinasi pelayanan pada anak dengan kebutuhan khusus (Farida, 2009)

Perhatian tradisional yang berfokus pada diagnosis dan manajemen saat ini telah berkembang dengan skrining penyakit dan mendeteksi tanda-tanda dini yang asimtomatik di populasi. Penekanan yang terbaru adalah berkaitan dengan konsep promosi kesehatan yang mengutamakan kesehatan yang optimal dan kesejahteraan anak daripada hanya penanganan saat ada masalah (Farida, 2009).

MTBS menggunakan pendekatan diagnosis yang berbeda dengan pendekatan diagnosis yang dipakai selama ini. MTBS menggunakan klasifikasi penyakit dengan prosedur yang disajikan dalam satu bagan yang memperlihatkan urutan langkah-langkah dan penjelasan cara pelaksanaannya (Depkes RI, 2008). Bagan tersebut menjelaskan langkah-langkah berikut ini :

1. Menilai dan membuat klasifikasi anak sakit umur 2 bulan-5 tahun.  
Menilai anak sakit, berarti melakukan penilaian dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik. Membuat klasifikasi dimaksudkan membuat sebuah keputusan mengenai kemungkinan penyakit atau masalah serta tingkat keparahannya. Pada tahap ini petugas kesehatan akan memilih suatu kategori untuk setiap gejala utama yang berhubungan dengan berat ringannya penyakit. Klasifikasi merupakan suatu kategori untuk menentukan tindakan, bukan sebagai diagnosis spesifik penyakit.
2. Menentukan tindakan dan memberi pengobatan  
Penentuan tindakan dan memberi pengobatan di fasilitas kesehatan yang sesuai dengan setiap klasifikasi, memberi obat untuk diminum di rumah dan juga mengajari ibu tentang cara memberikan obat serta tindakan lain yang harus dilakukan di rumah.
3. Memberi konseling bagi ibu  
Konseling berarti mengajari atau menasehati ibu yang mencakup mengajukan pertanyaan, mendengarkan jawaban ibu, memuji, memberikan nasehat yang relevan, membantu memecahkan masalah dan mengecek pemahaman ibu. Juga termasuk menilai cara pemberian makan anak, memberi anjuran pemberian makan yang baik untuk anak serta kapan harus membawa anaknya kembali ke fasilitas kesehatan.

4. Memberi pelayanan tindak lanjut  
Menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang untuk kunjungan ulang.
5. Manajemen terpadu bayi muda umur 1 hari-2 bulan  
Meliputi menilai dan membuat klasifikasi, menentukan tindakan dan memberi pengobatan, konseling dan tindak lanjut pada bayi umur 1 hari sampai 2 bulan baik sehat maupun sakit. Pada prinsipnya, proses manajemen kasus pada bayi muda umur 1 hari-2 bulan tidak berbeda dengan anak sakit umur 2 bulan-5 tahun.

Berdasarkan uraian diatas dapat diketahui bahwa pelaksanaan MTBS terbagi dalam tindakan medis dan tindakan non medis. Tindakan medis meliputi identifikasi, penilaian melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik, membuat klasifikasi, tindakan dan pengobatan serta pelayanan tindak lanjut. Tindakan non medis meliputi pemberian informasi dan konseling

### 2.1.3 Penerapan MTBS di Puskesmas

Puskesmas adalah pusat pembangunan kesehatan yang berfungsi mengembangkan dan membina kesehatan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan terdepan dan terdekat dengan masyarakat dalam bentuk kegiatan pokok yang menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya (Aswar, 2010).

Peranan puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan adalah sebagai ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Sebagai sarana pelayanan kesehatan di Indonesia, maka puskesmas bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat dan juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Aswar, 2010).

Sasaran utama penerapan MTBS di puskesmas adalah tenaga keperawatan (bidan dan perawat) atau petugas yang menangani balita sakit di unit rawat jalan. petugas kesehatan diharapkan mampu menangani penyakit secara terpadu dan mampu menangani semua kondisi yang berhubungan secara langsung, misalnya anemia karena malaria, kurang gizi maupun yang berhubungan tidak langsung dengan penyakit yang diderita balita, misalnya pemberian imunisasi, pemberian vitamin A dan pemberian obat cacing (Depkes RI, 2008).

Didalam penerapan MTBS, petugas kesehatan dilatih untuk secara aktif dan terstruktur menilai adanya tanda-tanda dan gejala penyakit, dengan cara tanya, lihat, dengar dan raba, membuat klasifikasi, menentukan tindakan dan mengobati anak, memberikan konseling serta memberikan tindak lanjut pada saat kunjungan ulang. Dalam penerapan MTBS di fasilitas pelayanan dasar seperti puskesmas dan puskesmas pembantu, petugas kesehatan diajarkan untuk memperhatikan secara cepat semua gejala anak sakit, sehingga ia dapat menentukan apakah anak sakit berat dan perlu dirujuk. Jika penyakitnya tidak parah, petugas kesehatan selanjutnya bisa memberikan pengobatan sesuai pedoman MTBS (Pujiastuti, 2002).

Salah satu konsekuensi penerapan MTBS di puskesmas adalah waktu pelayanan menjadi lebih lama, oleh karena itu sebagian puskesmas merasa tidak dapat segera menerapkan MTBS. Puskesmas perlu memperkirakan kemampuannya mengenai seberapa besar balita sakit yang akan ditangani pada saat awal penerapan dan kapan akan dicapai cakupan 100%. Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas secara bertahap dilaksanakan sesuai dengan keadaan pelayanan rawat jalan di tiap Puskesmas.

Depkes RI (2008) menetapkan acuan dalam pentahapan penerapan sebagai berikut:

1. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit < 10 orang perhari pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dapat diberikan langsung kepada seluruh balita.
2. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 10-25 orang per hari, berikanlah pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) kepada 50% kunjungan balita sakit pada tahap awal dan setelah 3 bulan pertama diharapkan seluruh balita sakit telah mendapatkan pelayanan MTBS.
3. Puskesmas memiliki kunjungan balita sakit 21-50 orang per hari, berikanlah pelayanan MTBS kepada 25 % kunjungan balita sakit pada tahap awal dan setelah 6 bulan pertama diharapkan seluruh balita sakit mendapat pelayanan MTBS (Depkes RI, 2008).

Dengan berjalannya waktu petugas kesehatan yang menangani balita sakit dengan MTBS akan semakin terampil, sehingga waktu yang diperlukan untuk

melaksanakan MTBS menjadi lebih singkat dan semua balita sakit yang datang ke puskesmas mendapatkan pelayanan MTBS.

Menurut Depkes RI (2008) untuk menjamin mutu pelayanan MTBS diperlukan ketersediaan fasilitas penunjang MTBS, antara lain:

1. Tempat dan peralatan pelayanan MTBS yang meliputi ruang pemeriksaan, peralatan, pojok oralit, pojok gizi, tempat dan peralatan imunisasi.
2. Pelayanan MTBS dan rujukannya.
3. Organisasi dan tatalaksana kasus.
4. Persediaan obat dan peralatan tindakan lainnya.

## 2.2 Kinerja

### 2.2.1 Pengertian Kinerja

Kinerja adalah hasil kerja yang dapat ditampilkan atau penampilan kerja seorang karyawan yang diukur sesuai uraian tugas (Notoatmodjo, 2009). Handoko (2001) mengistilahkan kinerja (*performance*) dengan prestasi kerja yaitu proses penilaian prestasi kerja karyawan suatu organisasi. Kinerja menyangkut apa yang dihasilkan seseorang dari perilaku kerjanya.

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kinerja adalah prestasi/hasil kerja yang diperoleh karyawan dalam usaha pemenuhan tugas atau pencapaian tujuan berdasarkan uraian tugas dan waktu yang telah ditetapkan organisasi.

### 2.2.2 Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah sebuah proses formal untuk melakukan peninjauan ulang dan evaluasi prestasi kerja seseorang secara periodik (Panggabean, 2004). Penilaian kerja merupakan metode formal yang banyak digunakan untuk mengukur seberapa baik orang melakukan tugas yang ditentukan dengan penuh tanggung jawab, mengidentifikasi ketrampilan, pengetahuan dan pengalaman yang diperlukan seseorang dalam suatu organisasi (Wibowo, 2009). Menurut Ilyas (2002) penilaian kinerja adalah adalah proses formal untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan atau unjuk kerja (*performance appraisal*) seorang personel dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja.

Dapat disimpulkan bahwa penilaian kerja adalah proses untuk mengevaluasi hasil kerja seseorang sehingga dapat diketahui tingkat kerjanya. Dengan melakukan penilaian kerja dapat diketahui apakah suatu pekerjaan sudah sesuai dengan uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya. Uraian pekerjaan dapat digunakan sebagai tolak ukur kinerja. Apabila pelaksanaan pekerjaan telah sesuai dengan atau melebihi uraian pekerjaan berarti pekerjaan tersebut berhasil dilaksanakan dengan baik, jika berada dibawah uraian pekerjaan maka berarti pelaksanaan pekerjaan tersebut belum berhasil.

Penilaian kinerja mencakup faktor-faktor: (a) Pengamatan, yang merupakan proses menilai dan menilik perilaku yang ditentukan oleh sistem pekerjaan (b) Ukuran, yang dipakai untuk mengukur prestasi kerja seorang personel dibandingkan dengan uraian pekerjaan yang telah ditetapkan untuk personel tersebut (c) Pengembangan, yang bertujuan untuk memotivasi personel menguasai kekurangannya dan mendorong yang bersangkutan untuk mengembangkan kemampuan dan potensi yang ada pada dirinya (Ilyas, 2002).

Penilaian kinerja dapat dilakukan secara kualitatif maupun kuantitatif (Ilyas, 2002). Dalam melaksanakan penilaian kerja juga harus memperhatikan aspek internal dan aspek eksternal dari suatu organisasi.

### **2.2.3 Tujuan Penilaian Kinerja**

Penilaian kerja pada dasarnya mempunyai dua tujuan utama meliputi: 1) Penilaian kemampuan personel yang bertujuan untuk menilai efektifitas manajemen dari sumber daya manusia, 2) Pengembangan personel, penilaian ini digunakan sebagai bahan informasi untuk pengambilan keputusan dalam pengembangan personel seperti promosi, mutasi, rotasi, terminasi dan penyesuaian kompensasi (Ilyas, 2002).

Menurut Handoko (2001) tujuan penilaian kinerja meliputi (1) Perbaikan prestasi kerja atau kinerja yang merupakan umpan balik pelaksanaan kerja yang memungkinkan karyawan, manajer, dan departemen personalia memperbaiki kegiatan-kegiatan mereka guna meningkatkan prestasi, (2) Penyesuaian-penyesuaian kompensasi merupakan evaluasi prestasi kerja membantu para pengambil keputusan dalam menentukan kenaikan upah, pemberian bonus dan



bentuk kompensasi lainnya, (3) Keputusan-keputusan penempatan merupakan promosi dan transfer biasanya didasarkan atas prestasi kerja atau kinerja masa lalu dan antisipasinya, (4) Perencanaan kebutuhan latihan dan pengembangan yang merupakan prestasi kerja atau kinerja yang jelek yang mengindikasikan kebutuhan latihan. Sebaliknya, kinerja yang baik mungkin mencerminkan potensi yang harus dikembangkan, (5) Perencanaan dan pengembangan karir yang merupakan umpan balik prestasi mengarahkan keputusan-keputusan karir berupa jalur karir tertentu yang harus diteliti, (6) Mendeteksi penyimpangan proses *staffing* merupakan prestasi kerja yang baik atau buruk adalah mencerminkan kekuatan atau kelemahan prosedur *staffing* departemen personalia, (7) Melihat ketidakakuratan informasi, prestasi kerja yang jelek mungkin menunjukkan kesalahan-kesalahan dalam informasi analisis jabatan, rencana sumber daya manusia, atau komponen-komponen lain sistem informasi manajemen personalia. Menggantungkan pada informasi yang tidak akurat dapat menyebabkan keputusan-keputusan personalia yang tidak tepat, (8) Mendeteksi kesalahan-kesalahan desain pekerjaan; prestasi kerja yang jelek mungkin merupakan tanda kesalahan dalam desain pekerjaan. Penilaian prestasi membantu mendiagnosa kesalahan-kesalahan tersebut, (9) Menjamin kesempatan kerja yang adil; penilaian prestasi kerja yang akurat akan menjamin keputusan-keputusan penempatan internal diambil tanpa diskriminasi. (10) Melihat tantangan-tantangan eksternal; kadang-kadang prestasi kerja seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor di luar lingkungan kerja, seperti keluarga, kesehatan dan masalah-masalah pribadi lainnya.

Dapat disimpulkan bahwa penilaian kerja tidak hanya bermanfaat bagi kepentingan pegawai yang bersangkutan tetapi juga bagi organisasi. Penilaian kinerja merupakan alat yang tidak hanya bermanfaat mengevaluasi kerja seseorang tetapi juga untuk mengembangkan dan memotivasi kerja karyawan agar kinerja/prestasi kerjanya meningkat.

#### **2.2.4 Metode Penilaian Kinerja**

Penilaian kinerja perlu dilakukan secara formal berdasarkan serangkaian kriteria yang ditetapkan secara rasional serta diterapkan secara objektif dan didokumentasi secara sistematis (Siagian, 2008). Penilaian yang baik harus dapat

memberikan gambaran yang akurat tentang yang diukur. Menurut Notoatmodjo (2009) agar penilaian mencapai tujuan ada 3 hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Penilaian harus mempunyai hubungan dengan pekerjaan. Artinya sistem penilaian itu benar-benar menilai perilaku atau kerja yang mendukung kegiatan organisasi.
2. Adanya standar pelaksanaan kerja (*performance standards*) yaitu ukuran yang dipakai untuk menilai kinerja/prestasi kerja tersebut. Agar penilaian ini efektif, maka standar penilaian sebaiknya berhubungan dengan hasil yang diinginkan setiap pekerjaan.
3. Praktis yaitu sistem penilaian mudah difahami, dimengerti dan digunakan baik oleh penilai kinerja maupun karyawan.

Penilaian kinerja dapat dilakukan melalui pengamatan-pengamatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Menurut Handoko (2001) metode penilaian kinerja karyawan meliputi:

1. *Rating scale*: evaluasi hanya didasarkan pada pendapat penilai yang membandingkan hasil pekerjaan karyawan dengan kriteria yang dianggap penting bagi pelaksanaan kerja.
2. *Checklist*: metode ini adalah untuk mengurangi beban penilai. Penilai hanya memilih kalimat-kalimat atau kata-kata yang menggambarkan kinerja karyawan. Penilai biasanya atasan langsung. Pemberian bobot sehingga dapat diskor. Metode ini bisa memberikan sesuatu yang gambaran prestasi kerja secara akurat, bila daftar penilaian berisi item-item yang memadai.
3. *Critical Incident Method* (Metode Peristiwa Kritis): penilaian berdasarkan catatan-catatan yang menggambarkan perilaku karyawan sangat baik atau jelek dalam kaitannya dengan pelaksanaan kerja. Catatan-catatan ini disebut peristiwa kritis. Metode ini sangat berguna dalam memberikan umpan balik kepada karyawan dan mengurangi kesalahan kesan terakhir.
4. *Field Review Method* (Metode Peninjauan Lapangan): seseorang ahli dalam departemen lain lapangan dan membantu para penyelia dalam penilaian mereka. Spesialis personalia mendapatkan informasi khusus dari atasan langsung tentang kinerja karyawan, kemudian ahli itu mempersiapkan evaluasi atas dasar informasi tersebut. Evaluasi dikirim kepada penyelia

untuk direview, perubahan dan persetujuan dengan karyawan yang dinilai. Spesialis personalia bisa mencatat penilaian pada tipe formulir penilaian apapun yang digunakan perusahaan atau institusi.

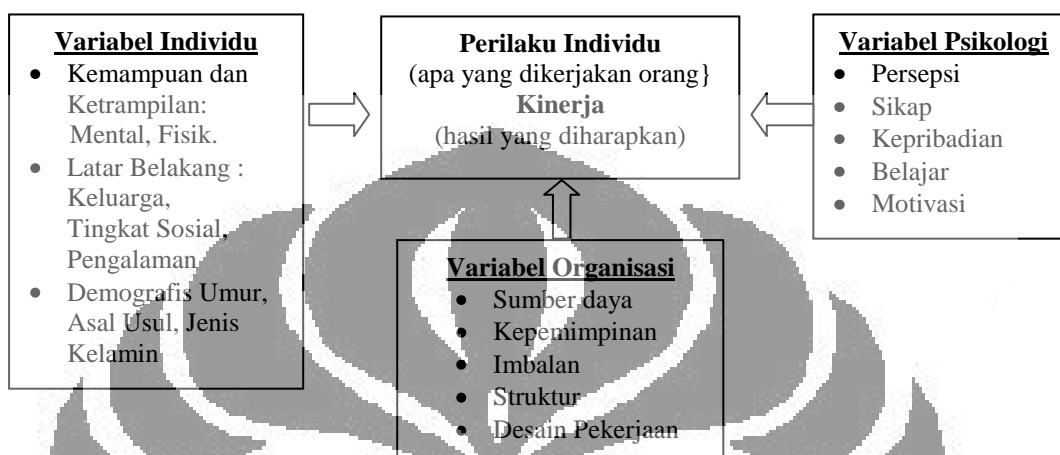
5. Tes dan Observasi Prestasi Kerja: bila jumlah pekerja terbatas, penilaian prestasi kerja bisa didasarkan pada tes pengetahuan dan keterampilan. Tes mungkin bisa tertulis atau peragaan komputer. Agar berguna tes harus reliabel dan valid.
6. Metode Evaluasi Kelompok (*rangking, grading, point allocation method*).  
*Method rangking*: penilai membandingkan setiap karyawan dalam urutan terbaik sampai terjelek. Kelemahan metode ini adalah kesulitan untuk menentukan faktor-faktor pembanding, subyek kesalahan kesan terakhir dan *hallo effect*, kebaikannya menyangkut kemudahan administrasi dan penjelasannya.  
*Grading*: metode penilaian ini memisahkan atau menyortir para karyawan dalam berbagai klasifikasi yang berbeda, biasanya suatu proporsi tertentu harus diletakkan pada setiap kategori.  
*Point allocation*: merupakan bentuk lain dari *grading*. Penilai diberikan sejumlah nilai total dialokasikan diantara pada karyawan dalam kelompok. Para karyawan yang baik diberi nilai lebih besar daripada karyawan dengan kinerja lebih jelek. Kebaikan dari metode ini, penilai dapat mengevaluasi perbedaan relatif diantara para karyawan, meskipun kelemahan-kelemahan efek halo (*hallo effect*) dan bias kesan terakhir masih ada.

### 2.2.5 Teori yang Berhubungan dengan Kinerja.

Menurut Gibson (1996), ada 3 kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja, yaitu: Kelompok variabel individu, variabel psikologi dan variabel organisasi. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kinerja petugas. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran atau suatu jabatan atau tugas.

Ketiga variabel yang memberikan kontribusi terhadap kinerja individu dapat dilihat pada gambar berikut ini:

**Gambar 2.3**  
**Teori Gibson 1996**



Sumber; James.L.Gibson, Organisasi, Perilaku, Struktur dan Proses, Jilid.1,1996, P. 52.

#### 1. Variabel Individu

Kelompok variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan (fisik, mental), latar belakang pribadi (keluarga, tingkat sosial, dan pengalaman) dan demografis (umur, asal usul, jenis kelamin). Variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja individu. Variabel demografis mempunyai efek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu.

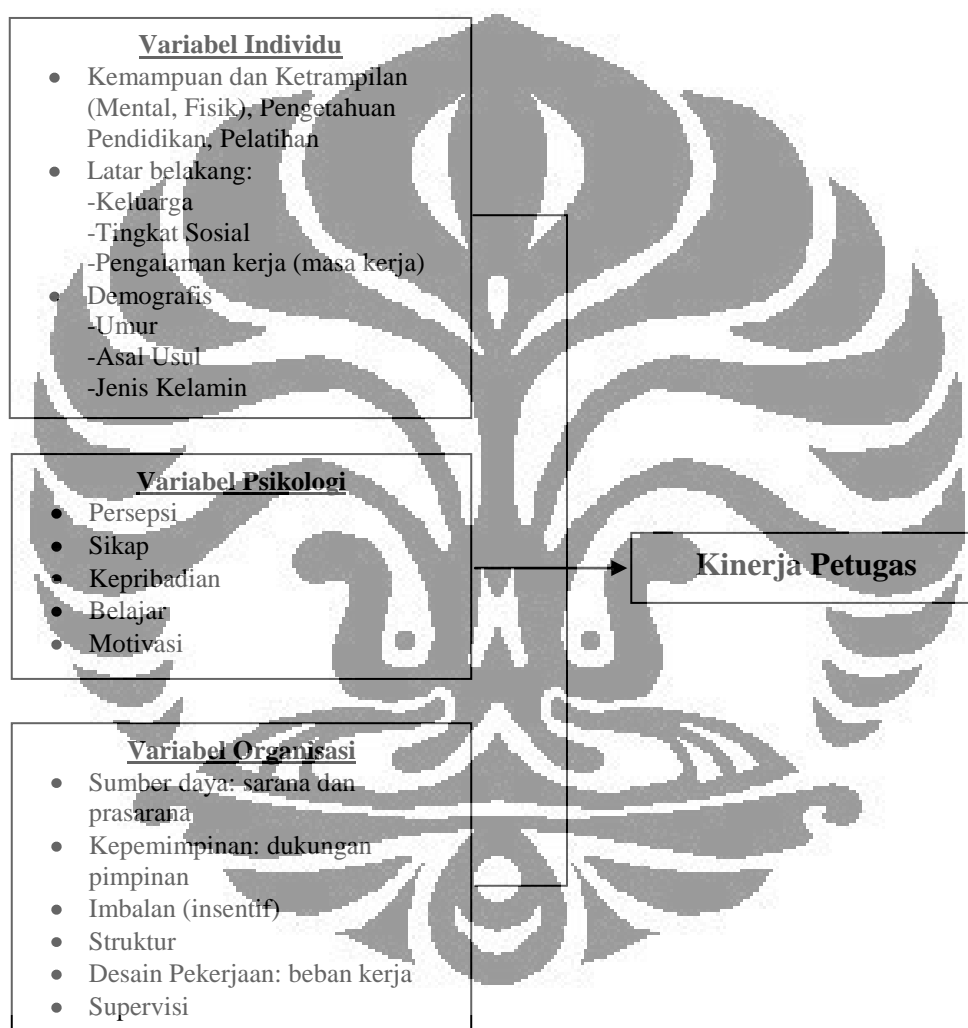
#### 2. Variabel Psikologis

Variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel psikologis banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja, umur, jenis kelamin dan asal usul. Variabel psikologis merupakan variabel yang kompleks, sulit diukur dan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dengan organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan yang lainnya.

### 3. Variabel Organisasi

Variabel organisasi merupakan variabel penguat dan pendorong kinerja yang lebih baik. Variabel organisasi terdiri dari variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Berdasarkan bagan teori kinerja (Gibson, 1996), bahwa kinerja petugas dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut:



Sumber; James.L.Gibson, Organisasi, Perilaku, Struktur dan Proses, Jilid.1,1996, P. 52.

**Gambar 2.4 Teori Gibson 1996**

## 2.2.6 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas

### 1) Umur

Kedewasaan seseorang diantaranya dipengaruhi oleh umur, semakin bertambah umur semakin dewasa seseorang dalam bersikap, bertindak dan lebih bertanggung jawab. Disisi lain umur juga mempengaruhi produktifitas. Laporan Sosial Indonesia 2007 tentang Analisis Perkembangan Statistik Ketenagakerjaan menyebutkan bahwa usia 0-15 tahun dan > 65 tahun merupakan kelompok usia yang tidak produktif, sedangkan usia 15-64 merupakan kelompok usia produktif. Di dalam kelompok usia produktif terdapat kelompok usia prima (25-54 tahun). Kelompok usia prima (25-54 tahun) merupakan kelompok usia yang mempunyai potensi dan produktifitas yang tinggi (BPS, 2007).

Gibson (1996) menyatakan bahwa umur merupakan variabel individu yang secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja. Pertambahan umur menyebabkan kemampuan dan ketrampilan dalam kerja semakin matang sehingga kinerjanya semakin baik. Berbeda dengan pendapat Siagian (2008) bahwa umur harus mendapat perhatian karena akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab yang dapat mempengaruhi kontribusi maksimal seseorang bagi kepentingan organisasi dimana dia bekerja. Hal ini senada dengan pendapat Robbins (2003) bahwa kinerja seseorang akan merosot dengan meningkatnya usia.

Hasil penelitian Syaendra (2000) menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan ANC di Kabupaten AGAM Sumatra Barat dengan nilai  $p < 0,005$ . Hasil penelitian Harlita (2010) juga menunjukkan adanya hubungan bermakna antara umur dengan kinerja bidan desa di Kabupaten Bogor dengan nilai  $p < 0,001$ .

### 2) Pendidikan

Pendidikan secara umum merupakan proses penyampaian bahan materi pendidikan kepada sasaran didik atau anak didik, guna mencapai perubahan tingkah laku atau tujuan (Notoatmodjo, 1993). Pendidikan merupakan upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia, terutama untuk mengembangkan kemampuan intelektual dan kepribadian manusia (Notoatmodjo, 2009).

Pendidikan meningkatkan keahlian teoritis, konseptual dan moral karyawan (Hasibuan, 2005). Pendidikan adalah suatu proses pengembangan kemampuan (perilaku) kearah yang diinginkan (Adisasmito, 2008). Berdasarkan pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan formal akan mempengaruhi pola pikir, kepribadian dan perilaku seseorang. Semakin tingkat pendidikan formal petugas, diharapkan lebih mudah dalam mengadopsi pengetahuan baru, mempunyai kepribadian dan perilaku yang baik.

Menurut Siagian (2008) tingkat pendidikan merupakan alat pengukur kemampuan yang paling dikenal, tingkat pendidikan seseorang secara umum mencerminkan kemampuan intelektual dan ketrampilan yang dimiliki. Robbin (2003) menyatakan bahwa pendidikan seseorang berhubungan dengan kinerja, dimana seseorang yang berpendidikan tinggi cenderung berkinerja lebih baik dibanding yang berpendidikan rendah. Hasil penelitian Umar (2007) menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal sesuai standar pelayanan kebidanan di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi dengan nilai  $p < 0,041$ .

### 3) Pelatihan

Sikula dalam Hasibuan (2005) menyatakan bahwa pelatihan merupakan suatu usaha peningkatan pengetahuan dan keahlian seorang karyawan untuk mengerjakan suatu pekerjaan tertentu. Pelatihan merupakan suatu cara yang digunakan untuk memberikan atau meningkatkan ketrampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan pekerjaannya sekarang (Panggabean, 2004). Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau ketrampilan khusus bagi seseorang atau sekelompok orang guna meningkatkan kualitas pekerjaannya (Notoatmodjo, 2009).

Berdasarkan pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa dengan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan keahlian seorang karyawan untuk mengerjakan suatu pekerjaan tertentu guna meningkatkan kualitas pekerjaan. Gibson (1996) menyatakan bahwa kemampuan dan ketrampilan merupakan variabel utama yang mempengaruhi kinerja. Peningkatan pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan yang didapat dari pelatihan berpengaruh terhadap

peningkatan kinerja karyawan. Hasil penelitian Zaim (2001) menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara pelatihan dan kinerja bidan PTT di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Sanggau dengan nilai  $p$  0,02. Hasil penelitian Ridwan (2008) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kinerja bidan dalam menerapkan manajemen aktif kala III persalinan di Kota Metro dengan nilai  $p$  0,001.

#### 4) Masa Kerja

Masa kerja/senioritas menunjukkan hubungan positif dengan produktifitas kerja. Masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktifitas karyawan (Robbins, 2003). Anderson (1974) yang dikutip Alamsyah (2000) mengemukakan bahwa pekerjaan akan berpengaruh terhadap perilaku petugas. Seorang petugas yang sudah lama bekerja mempunyai wawasan yang lebih luas dan pengalaman yang lebih banyak yang memegang peranan dalam pembentukan perilaku petugas.

Dari kedua pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa masa kerja berkaitan dengan pengalaman dan produktifitas kerja. Semakin lama masa kerja seseorang maka pengalamannya semakin banyak, kemampuan dan ketrampilannya meningkat sehingga produktifitas dan kinerjanya lebih baik. Hasil penelitian Zaim (2001) menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja bidan PTT di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Sanggau dengan nilai  $p$  0,01. Hasil penelitian Pipo (2000) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kinerja bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap dalam masa bakti perpanjangan di Kabupaten Pariaman dengan nilai  $p$  0,002.

#### 5) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari “tahu” terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan dapat terjadi melalui pencaindera manusia, yaitu pengelihatn, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang positif untuk terbentuknya tindakan



seseorang (*Overt Behaviour*), dimana perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain (Notoatmodjo, 2009). Wibowo (2009) menyatakan bahwa pengetahuan adalah informasi yang dimiliki orang dalam bidang spesifik. Pengetahuan adalah kompetensi yang kompleks.

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan sangat dibutuhkan dalam rangka perubahan pola pikir dan perilaku, termasuk perilaku kerja. Pengetahuan yang baik tentang suatu pekerjaan akan membuat seseorang menguasai bidang pekerjaannya sehingga kinerjanya semakin baik. Hasil penelitian Umar (2006) menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja bidan dalam pelayanan antenatal sesuai standar pelayanan kebidanan di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi dengan nilai  $p < 0,010$ . Hasil penelitian Basjuni (2001) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kinerja pelaksana perkesmas terhadap cakupan penemuan penderita baru tuberkulosis BTA (+) di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin dengan nilai  $p < 0,033$ .

#### 6) Motivasi

Motif atau motivasi berasal dari kata Latin *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku (Notoatmodjo, 2007). Motivasi adalah suatu kondisi kejiwaan dan mental seseorang berupa aneka keinginan, dorongan dan kebutuhan yang membuat seseorang melakukan sesuatu untuk mengurangi kesenjangan yang dirasakan (Hasibuan, 2008). Lebih lanjut dinyatakan oleh Hasibuan (2008) bahwa motivasi sebagai semangat atau dorongan terhadap seseorang untuk melakukan serangkaian kegiatan untuk bekerja keras dan cerdas, demi mencapai tujuan tertentu. Menurut Ilyas (2002) motivasi adalah kesiapan khusus seseorang untuk melakukan atau melanjutkan serangkaian aktifitas yang ditujukan untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan.

Timbulnya motivasi pada seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor. Berdasarkan teori motivasi yang dikemukakan Maslow, motivasi seorang didasari oleh kebutuhan manusia untuk memenuhi kehidupan dan tersusun secara hierarkis

menurut kepentingannya. Kebutuhan tersebut terbagi atas: kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosialisasi dan afiliasi dengan orang lain, kebutuhan penghargaan dan kebutuhan aktualisasi diri. Setelah kebutuhan terendah terpenuhi barulah dia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang di atasnya lagi.

Menurut Hasibuan (2008) motivasi penting karena dengan motivasi diharapkan setiap karyawan mau bekerja keras dan antusias untuk mencapai produktifitas yang lebih tinggi. Gibson (1996) menyatakan bahwa motivasi merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja seorang karyawan. Hasil penelitian Umar (2007) menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal sesuai standar pelayanan kebidanan di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi dengan nilai  $p < 0,009$ . Hasil penelitian Jamaksari (2001) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kinerja petugas TB paru puskesmas dengan pendekatan manajemen mutu terpadu di Kabupaten Pandeglang dengan nilai  $p < 0,03$ .

#### 7) Beban Kerja

Kemampuan manajemen untuk mendesain pekerjaan dengan baik menentukan kesejahteraan organisasi (Gibson, 1996). Desain kerja memuat pembagian kerja untuk karyawannya. Sutarto (2002) menyatakan bahwa beban kerja yang diberikan kepada petugas sebaiknya merata, sebab petugas dalam keadaan terbatas kemampuannya, kepandaiannya, kesehatannya, perhatiannya maupun waktunya, maka jumlah tugas yang dapat diselesaikan dengan baik juga berjumlah terbatas. Oleh karena itu perlu dilakukan pembagian kerja yang menunjukkan perincian tugas yang menjadi tanggung jawab pokok bagi masing masing petugas. Menurut Notoatmodjo (2007) seseorang tidak dapat dituntut untuk melaksanakan tugas dan pekerjaannya melebihi kemampuan yang dimilikinya, baik kemampuan fisik maupun kemampuan otaknya. Apabila dipaksakan akan menghambat, mempengaruhi kinerja atau pelaksanaan tugas karyawan.

Dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan pekerjaan diperlukan pembagian kerja yang merata antara petugas disesuaikan dengan kemampuan, kepandaian, kesehatan, perhatian dan waktu agar pekerjaan dapat diselesaikan dengan baik. Beban kerja yang tidak sesuai dengan kemampuan petugas akan menghambat pelaksanaan tugas dan mempengaruhi kinerjanya. Hasil penelitian Basjuni (2001) menyatakan adanya hubungan bermakna antara beban kerja dengan kinerja pelaksana perkesmas terhadap cakupan penemuan penderita tuberculosis BTA (+) di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin dengan nilai  $p$  0,014. Hasil penelitian Pipo (2000) juga menyatakan adanya hubungan bermakna antara beban kerja dengan kinerja bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap dalam masa bakti perpanjangan di Kabupaten Pariaman dengan nilai  $p$  0,016.

#### 8) Sarana dan Prasarana

Menurut Wibowo (2009) alat dan sarana merupakan sumber daya yang dapat digunakan untuk membantu menyelesaikan tujuan dengan sukses. Alat dan sarana merupakan faktor penunjang untuk pencapaian tujuan. Lebih lanjut dinyatakan oleh Wibowo bahwa tanpa alat dan sarana, tugas dan pekerjaan spesifik tidak dapat dilakukan dan tujuan tidak dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.

Sarwoto (1991) menyatakan bahwa yang mempengaruhi kinerja/hasil kerja selain faktor lingkungan juga perlengkapan dan fasilitas, karena seringnya keterlambatan terjadi dalam pelaksanaan tugas disebabkan oleh tidak tersedianya alat perlengkapan yang diperlukan untuk melaksanakan tugas, oleh karena itu untuk mencapai kinerja/hasil kerja yang baik peralatan yang disediakan harus cukup dan sesuai dengan tugas dan fungsi yang akan dilaksanakan. Hasil penelitian Sutantini (2002) menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara sarana dan prasana penunjang dengan kinerja bidan di desa dalam pelayanan kesehatan ibu dan neonatal di Kabupaten Lampung Barat dengan nilai  $p$  0,000.

#### 9) Dukungan Kepala Puskesmas

Dukungan dan dorongan yang diberikan pimpinan kepada anggota tim akan mempengaruhi kinerja tim (Ilyas, 2006). Lebih lanjut dikemukakan oleh

Ilyas bahwa perilaku *supportive* atau mendukung kepada bawahan akan menyalurkan kreativitas dan inisiatif personel dalam melakukan perbaikan dan peningkatan produktifitas dan kualitas kerja yang selanjutnya meningkatkan kinerja unit dan organisasi, selain itu juga mendorong iklim kerja yang kondusif sehingga tercipta kelompok kerja yang solid, kuat dan produktif.

Amstrong dan Baron (1998) dalam Wibowo (2009) menyatakan bahwa dorongan, bimbingan dan dukungan yang dilakukan oleh manager dan pemimpin tim merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja. Hasil penelitian Soemadipraja (1998) menyatakan adanya hubungan bermakna antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas pemberantasan penyakit kusta puskesmas dalam penemuan kasus kusta di Kabupaten Sumedang dengan nilai  $p = 0,029$ . Hasil penelitian Jamaksari (2003) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas TB paru puskesmas dengan pendekatan manajemen mutu terpadu di Kabupaten Pandeglang dengan nilai  $p = 0,027$ .

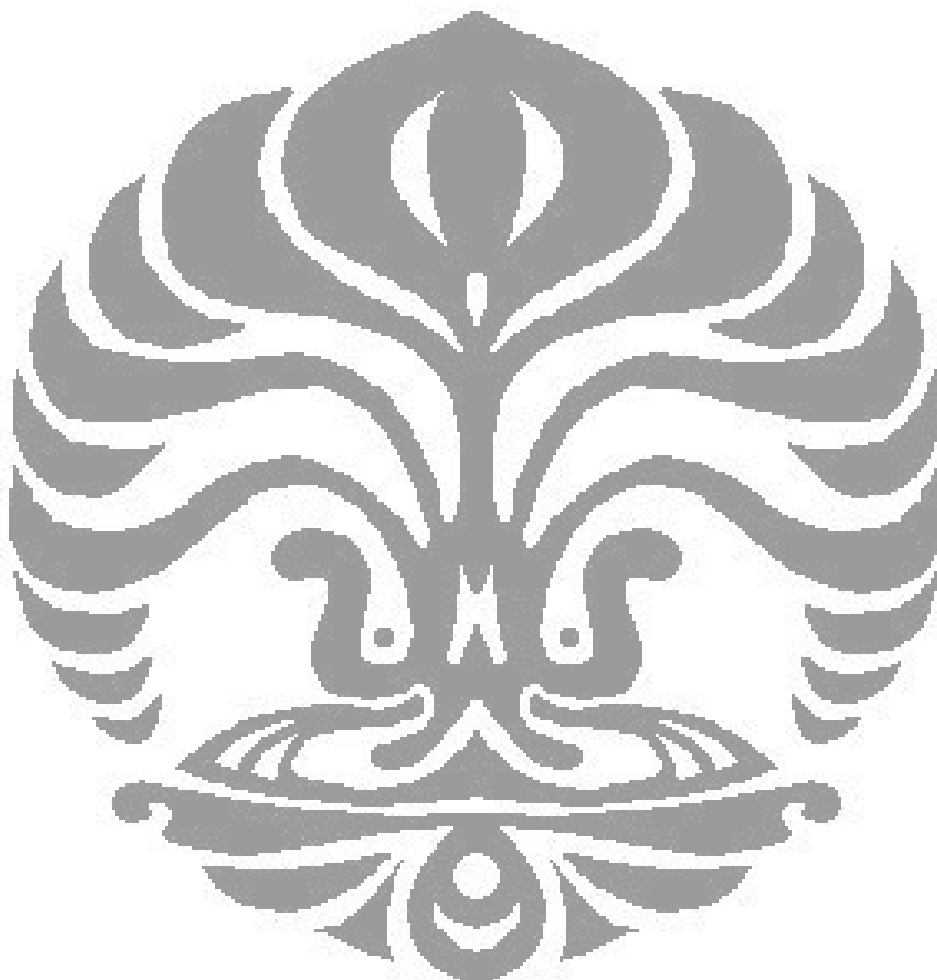
#### 10) Supervisi

Supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Aswar, 2010). Supervisi atau pengawasan oleh atasan terhadap bawahan adalah alat untuk memotivasi kerja karyawan. Supervisi yang baik adalah sambil melihat kinerja karyawan, atasan seyogyanya memberikan bimbingan, arahan dan konsultasi terhadap tugas atau pekerjaan bawahannya (Notoatmodjo, 2010).

Green (2001) dalam Rumisis (2002) menyatakan bahwa supervisi oleh atasan merupakan faktor pendukung untuk meningkatkan kinerja. Hal ini sanada dengan yang dinyatakan Timpe (1992) bahwa supervisi dibutuhkan karyawan untuk memperbaiki dan mempertahankan kinerja.

Berdasarkan pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa supervisi merupakan pengawasan untuk mendorong dan memperbaiki kerja karyawan dengan memberikan bimbingan, arahan dan konsulltasi pada karyawan yang

mempunyai masalah atau kesulitan dalam melaksanakan pekerjaannya sehingga kinerjanya meningkat. Hasil penelitian Zaim (2001) menyatakan adanya hubungan bermakna antara supervisi dengan kinerja bidan PTT di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Sangau dengan nilai  $p < 0,01$ . Hasil penelitian Umar (2007) juga menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara kinerja bidan di desa dalam pelayanan ANC berdasarkan standar pelayanan kebidanan di kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi dengan nilai  $p < 0,000$ .



## BAB 3

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

#### 3.1 Kerangka Teori

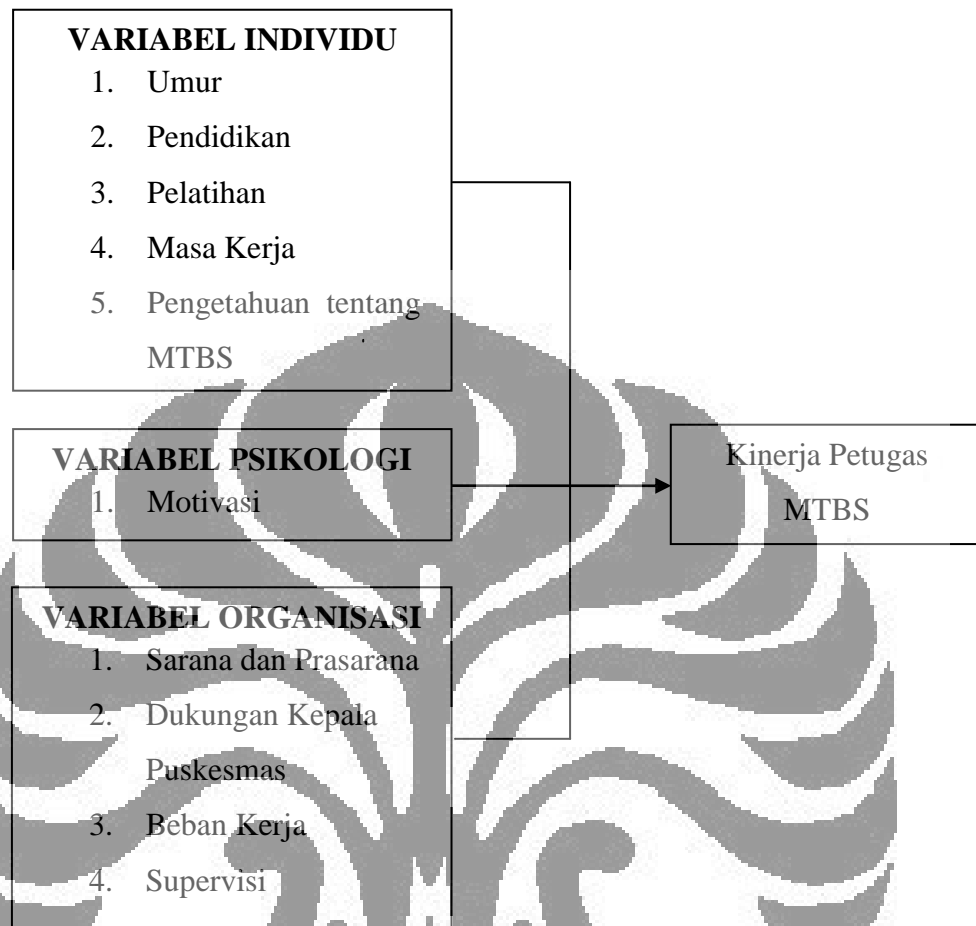
Berdasarkan teori yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, maka penelitian ini mengadopsi konsep kinerja menurut teori Gibson (1996), dimana kinerja petugas dipengaruhi oleh beberapa variabel, yaitu: 1) Variabel individu (kemampuan dan ketrampilan fisik/mental, pengetahuan, pendidikan, pelatihan, latar belakang keluarga, tingkat sosial, pengalaman/masa kerja, umur, asal usul dan jenis kelamin), 2) Variabel psikologi (persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi), 3) Variabel organisasi (sumber daya: sarana dan sarana penunjang, kepemimpinan: dukungan pimpinan, imbalan/insentif, struktur, desain pekerjaan: beban kerja dan supervisi). Dalam penelitian ini, tidak semua variabel yang disebutkan diatas diteliti karena membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang besar, sedangkan peneliti hanya diberi waktu dan biaya terbatas, sehingga variabel yang akan diteliti merupakan kombinasi dari ketiga variabel yang mempengaruhi kinerja petugas, yaitu: 1) Variabel individu (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan), 2) Variabel psikologi (motivasi), 3) Variabel organisasi (sumber daya: sarana dan prasarana, kepemimpinan: dukungan pimpinan, struktur, desain pekerjaan: beban kerja dan supervisi).

#### 3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka kerangka konsep penelitian ini adalah kombinasi dari variabel-variabel kinerja pada teori tersebut. Variabel independen dalam penelitian ini meliputi: 1) Variabel individu (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan), 2) Variabel psikologi (motivasi) dan 3) Variabel organisasi (sarana dan prasarana, dukungan kepala puskesmas, beban kerja dan supervisi. Variabel dependen yaitu kinerja petugas MTBS.

Variabel Independen

Variabel Dependen



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

### 3.3 Definisi Operasional

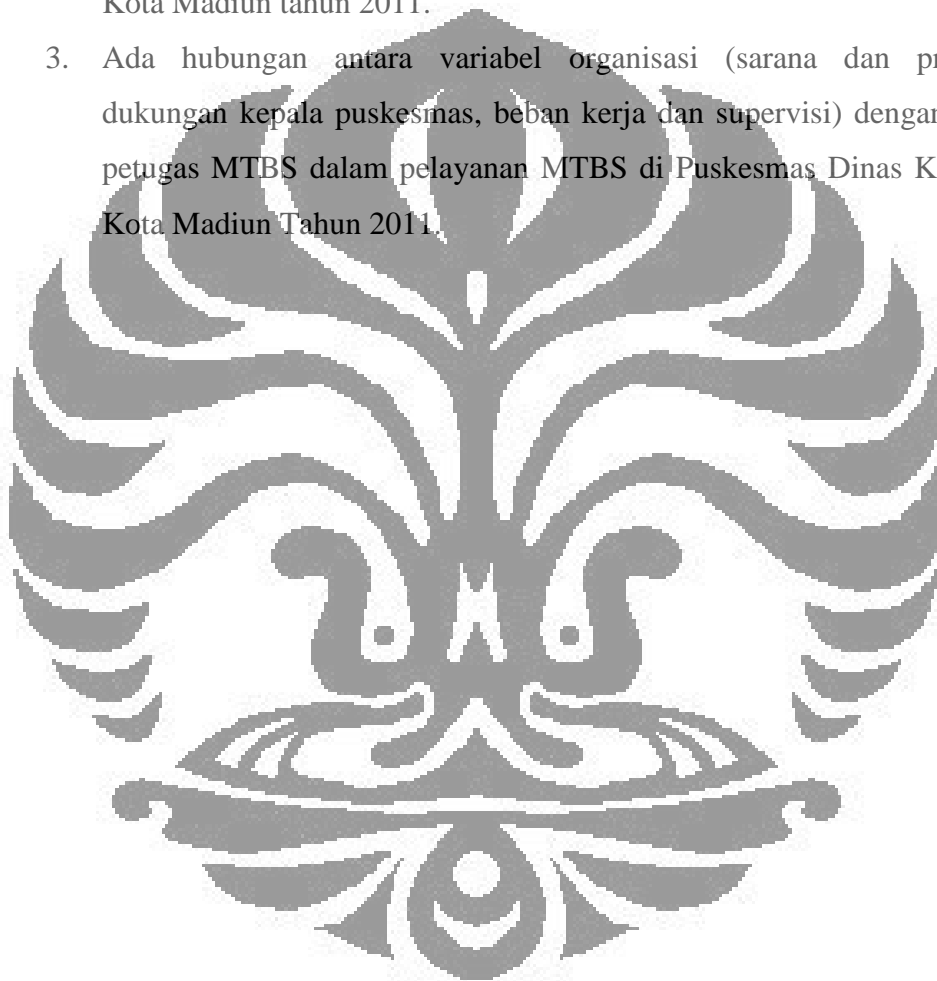
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
A	Variabel Dependen					
1	Kinerja Petugas MTBS	Cakupan MTBS dari sasaran atau target yang telah ditetapkan dalam jangka waktu 1 tahun (Jan-Des 2010)	Observasi (penelusuran pencatatan dan pelaporan)	Ceklis	Ordinal	0. Kurang (<70 %) 1. Baik ( $\geq 70$ %) (Target Dinkes Kota Madiun tahun 2010 70%)
B	Variabel Independen					
2	Umur	Jumlah tahun yang telah dilalui petugas MTBS puskesmas mulai lahir hingga penelitian ini dilakukan	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Bukan Usia Prima (< 25 Tahun/ >54 Tahun) 1. Usia Prima (25-54 Tahun) Kelompok Usia Prima 25-54 tahun (BPS, 2007)
3	Pendidikan	Sekolah formal tertinggi yang ditamatkan petugas MTBS puskesmas sampai saat penelitian dilakukan	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Rendah (< DIII) 1. Tinggi ( $\geq$ DIII)
4	Pelatihan	keikutsertaan petugas MTBS dalam pelatihan MTBS selama dia bekerja di puskesmas	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Tidak pernah 1. Pernah
5	Masa Kerja	Lamanya sebagai petugas MTBS di puskesmas	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Baru (< Median) 1. Lama ( $\geq$ Median)



No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
6	Pengetahuan tentang MTBS.	Pemahaman petugas MTBS tentang pengertian dan pelaksanaan MTBS	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Rendah (< Median) 1. Tinggi ( $\geq$ Median)
7	Motivasi	Dorongan atau semangat kerja petugas MTBS dalam melaksanakan pelayanan MTBS	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Rendah (< Median) 1. Tinggi ( $\geq$ Median)
8	Sarana dan Prasarana	Kecukupan sarana dan prasarana bagi pelaksanaan pelayanan MTBS puskesmas berupa tempat pemeriksaan dan peralatan, pojok oralit, pojok gizi, imunisasi	Observasi	Ceklis	Ordinal	0. Kurang (< Median) 1. Cukup ( $\geq$ Median)
9	Dukungan Kepala Puskesmas	Penilaian atau tanggapan petugas MTBS terhadap perhatian kepala puskesmas berupa kebijakan dan kesempatan yang diberikan pada petugas untuk meningkatkan ketrampilan dalam melaksanakan pelayanan MTBS dan penerapannya	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Kurang (< Median) 1. Baik ( $\geq$ Median)
9	Beban Kerja	Jumlah tugas pokok yang diberikan kepada petugas pelayanan MTBS di puskesmas termasuk tugas pada program MTBS	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Berat (> 2 tugas pokok) 1. Ringan ( $\leq$ 2 tugas pokok)
10	Supervisi	Supervisi yang diterima petugas MTBS puskesmas dalam waktu 1 tahun (Jan-Des 2010)	Wawancara	Kuisisioner	Ordinal	0. Kurang (< Median) 1. Baik ( $\geq$ Median)

### 3.4 Hipotesis

1. Ada hubungan antara variabel individu (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011.
2. Ada hubungan antara variabel psikologi (motivasi) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun tahun 2011.
3. Ada hubungan antara variabel organisasi (sarana dan prasarana, dukungan kepala puskesmas, beban kerja dan supervisi) dengan kinerja petugas MTBS dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011.



## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan studi diskriptif dengan pendekatan *cross sectional* karena penelitian bertujuan untuk memperoleh gambaran dan informasi dari variabel-variabel yang diteliti, yaitu variabel independen dan variabel dependen, guna mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan kota Madiun. Adapun pemilihan pendekatan *cross sectional* didasarkan atas pertimbangan karena penelitian ini ingin melihat hubungan sesaat antara variabel independen dan variabel dependen, melalui pengamatan terhadap kedua variabel penelitian dari setiap individu pada populasi secara bersamaan dalam periode waktu tertentu.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan diseluruh puskesmas baik puskesmas induk maupun puskesmas pembantu yang berada di wilayah Dinas Kesehatan Kota Madiun Jawa Timur. Pelaksanaan penelitian dilakukan pada bulan April s/d Mei tahun 2011.

#### **4.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

Populasi dalam penelitian ini adalah petugas MTBS yang bekerja di puskesmas wilayah Dinas Kesehatan Kota Madiun. Dalam penelitian ini tidak dilakukan pengambilan sampel karena penelitian dilakukan terhadap seluruh populasi (total populasi) yaitu seluruh petugas MTBS di puskesmas (puskesmas induk/puskesmas pembantu) di wilayah Dinas Kesehatan Kota Madiun yang berjumlah 86 orang yang terdiri dari dokter, bidan dan perawat dengan kriteria inklusi :

1. Petugas MTBS yang bersedia menjadi responden
2. Petugas MTBS ada di tempat kerja pada saat penelitian, tidak sedang mengambil cuti atau mengikuti tugas belajar

Berdasarkan kriteria inklusi, dari total populasi 84 petugas MTBS diperoleh sampel penelitian 80 petugas MTBS, hal ini dikarenakan 4 petugas sedang cuti dan 2 petugas mengikuti tugas belajar.

#### 4.4 Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini ada 2 macam yaitu data primer dan data sekunder. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri. Metode pengumpulan data dengan wawancara dan observasi. Wawancara dengan menggunakan kuisisioner, digunakan untuk pengumpulan data pada variabel independen (data primer), meliputi: variabel individu, variabel psikologi dan variabel organisasi yang terdiri dari; umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja, pengetahuan, motivasi, dukungan kepala puskesmas, beban kerja dan supervisi. Kuisisioner pengumpulan data sebelumnya diuji cobakan pada 10 petugas MTBS di puskesmas wilayah Kota Depok. Hasil uji coba kuisisioner diketahui bahwa setiap pertanyaan yang terdapat dalam kuisisioner dapat dimengerti dan dijawab oleh responden sehingga tidak dilakukan perubahan pertanyaan pada kuisisioner. Data sarana dan prasarana penunjang MTBS dikumpulkan melalui observasi menggunakan lembar *check list*. Pengumpulan data pada variabel dependen (data sekunder), yaitu pencapaian cakupan MTBS yang menjadi indikator kinerja dengan observasi/telaah dokumen (arsip laporan MTBS) yang ada di puskesmas dan dinas kesehatan Kota Madiun.

#### 4.5 Pengolahan dan Analisis Data

##### 4.5.1 Pengolahan Data

Data yang terkumpul (data primer dan data sekunder), selanjutnya diolah baik secara manual maupun dengan menggunakan alat bantu komputer. Pengolahan data dengan komputer menggunakan program aplikasi SPSS. Proses pengolahan data dilakukan melalui empat tahap yaitu: editing, coding, entry dan cleaning data.

##### 1) *Editing*

Kegiatan *editing* dilakukan untuk meneliti kembali setiap lembar daftar pertanyaan (kuesioner) yang meliputi kelengkapan jawaban, keterbatasan

tulisan, serta kesesuaian jawaban satu dengan yang lainnya. Proses ini dilakukan untuk membersihkan data yang terkumpul dari kesalahan pengisian kuisioner atau kemungkinan adanya kuisioner yang belum diisi.

2) *Coding*

Kegiatan *coding* dilakukan dengan mengklasifikasikan jawaban dan memberi tanda pada masing-masing jawaban yang bertujuan untuk memudahkan analisa dan mempercepat proses *entry data*.

3) *Entry Data*

Kegiatan *entry data* dilakukan dengan memasukkan data yang telah dilakukan *editing, coding* ke dalam program komputer.

4) *Cleaning Data*

Kegiatan *cleaning data* untuk membersihkan data yang dilakukan dengan cara melihat distribusi frekwensi dari variabel-variabel dan menilai kelogisannya, bila diperlukan dapat dilakukan pengecekan ulang pada *entry data* dan atau kuesioner.

5) *Scoring*

Kegiatan *scoring* bertujuan untuk mempermudah analisis data. *Scoring* dilakukan dengan cara pemberian bobot atau nilai untuk masing-masing variabel.

a. Pengetahuan Petugas MTBS

Pengukuran pengetahuan petugas MTBS dinilai dengan pertanyaan kuisioner nomer 8-16. Pertanyaan nomer 9, 13, 14, 15 dengan skoring 1 untuk jawaban benar dan 0 untuk jawaban salah. Pada pertanyaan nomer 8, 12, 16 nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah/jawaban lainnya. Nilai untuk pengetahuan petugas MTBS antara 0-21, setelah dilakukan uji kenormalan data, didapatkan distribusi data untuk pengetahuan petugas MTBS tidak normal dengan median 11. Pengetahuan petugas MTBS dinilai baik jika total nilai  $\geq$  nilai median, sedangkan nilai  $<$  median untuk kategori pengetahuan kurang.

b. Motivasi

Pengukuran variabel motivasi dinilai dengan pertanyaan kuisioner 17-21. Pertanyaan nomer 17, 18, 19, 20, 21 untuk motivasi positif, dengan nilai

4 untuk jawaban sangat setuju (SS), 3 untuk jawaban setuju (S), 2 untuk jawaban tidak setuju (TS) dan 1 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS). Pertanyaan 22, 23, 24 dan 25 untuk motivasi negatif, dengan nilai 1 untuk jawaban SS, 2 untuk jawaban S, 3 untuk jawaban TS, dan 4 untuk jawaban STS. Nilai untuk motivasi antara 0-36, setelah dilakukan uji kenormalan data didapatkan distribusi data tidak normal dengan nilai median 21. Motivasi dibagi menjadi 2 kategori, motivasi tinggi jika nilai  $\geq$  median, sedangkan motivasi rendah jika nilai  $<$  median.

c. Dukungan kepala puskesmas

Pengukuran variabel dukungan kepala puskesmas dinilai dengan pertanyaan kuisioner 26-28. Pertanyaan nomor 26, 27 dan 28 dengan skoring 1 untuk jawaban ya dan 0 untuk jawaban tidak. Nilai untuk dukungan kepala puskesmas 0-3, setelah dilakukan uji kenormalan data didapatkan distribusi data tidak normal dengan median 2. Dukungan kepala puskesmas dinilai baik jika  $\geq$  median, sedangkan nilai  $<$  median untuk dukungan kepala puskesmas kurang.

d. Supervisi

Pengukuran variabel supervisi dinilai dengan pertanyaan kuisioner nomor 29-30. Pertanyaan nomor 29 dan 30 dengan skoring 1 untuk jawaban ya dan 0 untuk jawaban tidak/jawaban lainnya. Nilai untuk supervisi 0-4, setelah dilakukan uji kenormalan data didapatkan distribusi data tidak normal dengan median 1,5. Supervisi dinilai baik jika  $\geq$  median, sedangkan nilai  $<$  median untuk supervisi kurang.

e. Sarana dan prasarana

Pengukuran variabel sarana dan prasarana dinilai dengan daftar tilik fasilitas penunjang MTBS dengan skoring 1 untuk jawaban ya/ada dan 0 untuk jawaban tidak. Nilai sarana dan prasarana 0-63, setelah dilakukan uji kenormalan data didapatkan distribusi data tidak normal dengan median 43. Sarana dan prasarana dinilai cukup jika  $\geq$  median, sedangkan nilai  $<$  median untuk sarana dan prasarana kurang.

## 4.5.2 Analisis Data

### 1) Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Hasil analisis univariat berupa distribusi frekwensi tiap-tiap variabel.

### 2) Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan dengan menghubungkan variabel independen dan variabel dependen. Untuk melihat adanya hubungan yang bermakna antara dua variabel tersebut dilakukan uji statistik non parametrik dua sampel independen dengan *chi square* dengan batas kemaknaan atau *p value* 0,05.

Uji statistik *chi square* dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$Df = (k-1) \cdot (b-1)$$

Keterangan:

$X^2$  = *Chi Square*

O = nilai observasi

E = nilai *expectacy* (harapan)

df = *degree of freedom* (derajat bebas)

k = jumlah kolom

b = jumlah baris

Bila nilai kritis X pada tingkat kepercayaan 95% hasilnya melebihi nilai X pada df dalam tabel, dan ditetapkan  $\alpha$  0,05, maka dicari perbandingan antara nilai p atau *p value* dengan  $\alpha$  (alpha). Jika *p value*  $< \alpha$ , maka hipotesis dapat diterima, begitu juga sebaliknya.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

##### **5.1.1 Kondisi Geografis**

Secara geografis Kota Madiun berada di bagian barat wilayah Propinsi Jawa Timur, terletak antara 7-8° Lintang Selatan dan 111-112° Bujur Timur. Bentuk monografi kota Madiun merupakan dataran rendah dengan ketinggian  $\pm$  63 meter dari permukaan air laut.

Secara administratif wilayah Kota Madiun dibagi menjadi 3 (tiga) wilayah kecamatan, yaitu Kecamatan Manguharjo, Kecamatan Taman dan Kecamatan Kartoharjo. Masing-masing kecamatan terdiri dari 9 Kelurahan sehingga terdapat 27 kelurahan di Kota Madiun. Luas wilayah Kota Madiun seluruhnya 33,23 km<sup>2</sup> dengan batas-batas:

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Madiun, Kabupaten Madiun
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Wungu, Kabupaten Madiun
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Geger, Kabupaten Madiun
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Jiwan, Kabupaten Madiun

##### **5.1.2 Kondisi Demografis**

Berdasarkan hasil registrasi penduduk yang dilaksanakan oleh BPS Kota Madiun, jumlah penduduk Kota Madiun tahun 2010 sebanyak 202.812 yang terdiri dari 98.000 laki laki dan 104.812 perempuan dengan rasio jenis kelamin 93,50%. Jumlah rumah tangga (KK) sebanyak 60.689 KK, rata rata jumlah anggota keluarga tiap rumah tangga sebanyak 3-4 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk Kota Madiun mencapai 6.103 Jiwa/Km<sup>2</sup>.

Distribusi penduduk perkecamatan di Kota Madiun tahun 2010 yang memiliki jumlah penduduk terbesar adalah kecamatan Taman yaitu 85.272 jiwa dengan kepadatan penduduk 6.844 jiwa/Km<sup>2</sup>. Jumlah penduduk terkecil adalah kecamatan Kartoharjo yaitu 55.592 jiwa dengan kepadatan penduduk 5.181 jiwa/Km<sup>2</sup> (BPS, 2010).



### 5.1.3 Tenaga dan Sarana Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Madiun terdiri dari 5 puskesmas non perawatan, 1 puskesmas poned, 6 puskesmas keliling, 16 puskesmas pembantu, 2 RS Pemerintah, 6 RS Swasta, 212 praktik dokter bersama dan 22 praktik dokter perorangan. Kebutuhan tenaga kesehatan di Kota Madiun sebgaiian besar telah terpenuhi. Adapun jumlah tenaga kesehatan di Kota Madiun dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

**Tabel 5.1**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan di Kota Madiun**

NO	Tenaga Kesehatan	Jumlah	Rasio/100000 Pdkk	Rasio/100000 Pdkk (Indonesia Sehat 2010)
1	Dokter Umum	212	55,22	40
2	Dokter Spesialis	274	135,10	6
3	Dokter Gigi	26	203,64	11
4	Perawat	691	340,71	117,5
5	Bidan	206	101,71	100
6	Farmasi	300	147,92	100
7	Sanitasi	65	31,05	40
8	Kesmas	96	47,33	40
9	Gizi	40	19,72	22
10	Keterampilan	11	5,42	-
11	Teknisi Medis	103	50,79	-

Sumber: Sekretaris Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2010

### 5.1.4 Sasaran Ibu Hamil, Ibu Bersalin/Nifas, Bayi, Anak Balita dan Anak Prasekolah di Kota Madiun Tahun 2010

**Tabel 5.2**  
**Jumlah Sasaran Ibu Hamil, Ibu Bersalin/Nifas, Bayi, Anak Balita dan Anak Prasekolah Berdasarkan Puskesmas di Kota Madiun Tahun 2010**

No	Puskesmas	Sasaran				
		Ibu Hamil	Ibu Hamil/Nifas	Bayi	Anak Balita	Anak Prasekolah
1	Demangan	536	512	488	2092	1176
2	Banjarejo	711	679	646	2770	1557
3	Oro oro ombo	492	470	448	1919	1078
4	Tawangrejo	321	306	291	1250	703
5	Patihan	345	329	313	1345	756
6	Manguharjo	562	536	511	2191	1231
	Kota Madiun	2967	2832	2697	11567	6501

Sumber: Laporan PWS KIA Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2010

### 5.1.5 Gambaran Jumlah Petugas MTBS di Lokasi Penelitian

Petugas MTBS di Puskesmas dinas Kesehatan kota Madiun sebanyak 86 orang yang terdiri dari 20 dokter, 30 bidan, dan 36 perawat. Jumlah petugas

MTBS yang bertugas di puskesmas induk sebanyak 33 orang dan 53 orang bertugas di puskesmas pembantu. Petugas MTBS yang menjadi responden dalam penelitian ini yang memenuhi kriteria inklusi yaitu 80 petugas MTBS.

## 5.2 Gambaran Hasil Penelitian

### 5.2.1 Gambaran Kinerja Petugas MTBS

**Tabel 5.3**  
Distribusi Responden Berdasarkan Kinerja di Puskesmas  
Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Kinerja Petugas MTBS	Jumlah	Persentase (%)
Kurang	67	83,8
Baik	13	16,2
Total	80	100,0

Kinerja petugas MTBS dikategorikan menjadi 2 yaitu kinerja baik dan kinerja kurang. Proporsi responden dengan kinerja baik sebanyak 13 orang (16,2%), lebih kecil dibandingkan proporsi responden dengan kinerja kurang yaitu 67 orang (83,8%).

### 5.2.2 Gambaran Variabel Individu

**Tabel 5.4**  
Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Individu di Puskesmas  
Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Variabel Individu	Jumlah	Persentase (%)
<b>Umur</b>		
< 25 Tahun, > 54 Tahun	3	3,8
25-54 Tahun	77	96,2
Total	80	100,0
<b>Pendidikan</b>		
Rendah	17	21,2
Tinggi	63	78,8
Total	80	100,0
<b>Pelatihan</b>		
Tidak Pernah	35	43,8
Pernah	45	56,2
Total	80	100,0
<b>Masa Kerja</b>		
Baru	40	50,0
Lama	40	50,0
Total	80	100,0
<b>Pengetahuan</b>		
Rendah	39	48,8
Tinggi	41	51,2
Total	80	100,0

Universitas Indonesia

Variabel individu meliputi umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan. Umur responden pada penelitian ini berkisar antara 24-56 tahun. Distribusi responden berdasarkan umur menunjukkan bahwa proporsi responden berumur antara 25-54 tahun sebanyak 77 orang (96,2%), lebih besar proporsinya dibandingkan responden yang berumur  $< 25$  tahun dan  $\geq 54$  tahun yaitu 3 orang (3,8%).

Tingkat pendidikan merupakan sekolah formal tertinggi yang ditamatkan responden. Proporsi responden yang berpendidikan tinggi ( $\geq$  DIII) yaitu 63 orang (78,8%), lebih besar dibandingkan proporsi responden yang berpendidikan rendah ( $<$  DIII) yaitu 17 orang (21,2%). Pada responden dengan pendidikan tinggi ( $\geq$  DIII), diperoleh tamat S1 (30%), tamat DIII/DIV (48,8%), sedangkan responden yang berpendidikan rendah ( $<$  DIII) didapatkan tamat DI (12,5%), dan SPK (8,8%).

Responden yang telah mengikuti pelatihan MTBS sebanyak 45 orang (56,2%), lebih besar dibandingkan proporsi responden yang belum mengikuti pelatihan MTBS yaitu 35 orang (43,8%). Masa kerja responden pada penelitian ini berkisar antara 1-6,3 tahun. Proporsi responden dengan masa kerja lama ( $\geq$  Median) sebanyak 40 orang (50%), proporsinya sama dengan proporsi responden yang mempunyai masa kerja baru ( $<$  Median) yaitu 40 orang (40%).

Pengetahuan petugas MTBS dibedakan menjadi 2 kategori yaitu pengetahuan tinggi dan pengetahuan rendah. Proporsi responden yang mempunyai pengetahuan tinggi sebanyak 41 orang (51,2%), lebih besar dibandingkan proporsi responden yang mempunyai pengetahuan rendah yaitu 39 orang (48,8%).

### 5.2.3 Gambaran Variabel Psikologi (Motivasi)

Tabel 5.5  
Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Psikologi (Motivasi) di Puskesmas  
Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Variabel Psikologi	Jumlah	Persentase (%)
Motivasi		
Rendah	30	37,5
Tinggi	50	62,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Distribusi responden berdasarkan motivasi menunjukkan bahwa responden yang mempunyai motivasi tinggi lebih besar daripada responden yang mempunyai motivasi rendah. Proporsi responden dengan motivasi tinggi sebanyak 50 orang (62,5%), sedangkan responden dengan motivasi rendah sebanyak 30 orang (37,5%).

#### 5.2.4 Gambaran Variabel Organisasi

Variabel organisasi meliputi sarana dan prasarana, dukungan kepala puskesmas, beban kerja, dan supervisi. Distribusi sarana dan prasarana penunjang MTBS, dukungan kepala puskesmas, beban kerja dan supervisi dapat dilihat pada tabel berikut ini.

**Tabel 5.6**  
Distribusi Petugas MTBS Berdasarkan Variabel Organisasi di Puskesmas  
Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Variabel Organisasi	Jumlah	Persentase (%)
<b>Sarana dan prasarana</b>		
Kurang	39	48,8
Cukup	41	51,2
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Dukungan Kepala Puskesmas</b>		
Kurang	38	47,5
Baik	42	52,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Beban Kerja</b>		
Berat	57	71,2
Ringan	23	28,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>
<b>Supervisi</b>		
Baik	40	50,0
Kurang	40	50,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa proporsi responden yang menyatakan sarana dan prasarana penunjang MTBS cukup sebanyak 41 orang (51,3%), lebih besar dibandingkan proporsi responden dengan sarana dan prasarana penunjang MTBS yang kurang yaitu 39 orang (48,8%).

Proporsi responden yang menilai dukungan kepala puskesmas baik sebesar 42 orang (52,5%), lebih besar bila dibandingkan dengan proporsi responden yang menilai dukungan kepala puskesmas kurang yaitu 38 orang (47,5%). Pada

dukungan kepala puskesmas didapatkan seluruh kepala puskesmas menganjurkan menerapkan MTBS, memberikan arahan dan petunjuk teknis 26,3% dan yang melakukan pertemuan untuk evaluasi/membahas permasalahan dalam penerapan MTBS 35%.

Beban kerja adalah jumlah tugas pokok yang diberikan kepada responden di puskesmas termasuk tugas pada program MTBS. Responden dengan beban ringan sebanyak 23 orang (28,8), lebih kecil bila dibandingkan proporsi responden kerja berat sebanyak 57 orang (71,2%).

Supervisi MTBS dibagi menjadi 2 yaitu supervisi baik dan supervisi kurang. Proporsi responden yang menyatakan supervisi baik dan supervisi kurang sama banyaknya yaitu 40 orang (50%). Pada supervisi diperoleh supervisor yang memberikan bimbingan teknis sebesar 20%, memberi umpan balik 62,5%, mencari faktor pendorong dan penghambat pelayanan MTBS 25%, dan lainnya yaitu pencapaian target 5%.

### 5.3 Hubungan Variabel Individu, Psikologi dan Organisasi dengan Kinerja Petugas MTBS Dalam pelayanan MTBS

#### 5.3.1 Hubungan antara Umur dengan Kinerja Petugas MTBS

Tabel 5.7  
Distribusi Responden Berdasarkan Umur dengan Kinerja Petugas MTBS  
di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Umur	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	N	%				
<25, > 54 Tahun	2	66,7	1	33,3	3	100,0	0,396 (0,031-4,401)	0,417
25-54 Tahun	65	84,4	12	15,6	77	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

Hasil analisa hubungan pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa proporsi responden yang berumur 25-54 tahun dan mempunyai kinerja baik sebesar 15,6%, lebih kecil dibandingkan dengan proporsi responden yang berumur < 25 tahun dan ≥ 54 tahun yaitu 33,3%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut tidak bermakna (p=0,417), atau umur tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS.

### 5.3.2 Hubungan antara Pendidikan dengan Kinerja Petugas MTBS

Tabel 5.8  
Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan dengan Kinerja Petugas MTBS  
di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Pendidikan	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	N	%	n	%				
Rendah	13	76,5	4	23,5	17	100,0	0,542 (0,144-2,036)	0,458
Tinggi	54	85,7	9	14,3	63	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

Hasil analisa hubungan antara pendidikan dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden yang berpendidikan tinggi dan mempunyai kinerja baik sebesar 14,3%, lebih kecil dibandingkan proporsi responden yang berpendidikan rendah yaitu 23,5%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut tidak bermakna ( $p=0,458$ ), atau pendidikan tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS.

### 5.3.3 Hubungan antara Pelatihan dengan Kinerja Petugas MTBS

Tabel 5.9  
Distribusi Responden Berdasarkan Pelatihan dengan Kinerja Petugas MTBS  
di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Pelatihan	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	N	%	N	%				
Tidak pernah	26	74,3	9	25,7	35	100,0	0,282 (0,079-1,010)	0,086
Pernah	41	91,1	4	8,9	45	100,0		
Total	67	63,8	13	16,2	80	100,0		

Hasil analisa hubungan antara pelatihan dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden yang pernah mengikuti pelatihan MTBS dan mempunyai kinerja baik sebesar 8,9%, lebih kecil dibandingkan proporsi responden yang tidak pernah mengikuti pelatihan yaitu 25,7%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut tidak bermakna ( $p=0,086$ ), atau pendidikan tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS.

### 5.3.4 Hubungan antara Masa Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS

Hasil analisa hubungan antara masa kerja dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden dengan masa kerja lama dan mempunyai kinerja baik sebesar 12,5%, lebih kecil dibandingkan proporsi responden dengan

masa kerja baru yaitu 20%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut tidak bermakna ( $p=0,544$ ), atau masa kerja tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS.

**Tabel 5.10**  
Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS  
di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Masa Kerja	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	N	%				
Baru	32	80,0	8	20,0	40	100,0	0,571 (0,169-4,472)	0,544
Lama	35	87,5	5	12,5	40	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

### 5.3.5 Hubungan antara Pengetahuan dengan Kinerja Petugas MTBS

**Tabel 5.11**  
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan dengan Kinerja Petugas MTBS  
di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Pengetahuan	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	N	%				
Rendah	35	89,7	4	10,3	39	100,0	2,461 (0,690-8,777)	0,265
Tinggi	32	78,0	9	22,0	41	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

Hasil analisa hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden yang berpengetahuan tinggi dan mempunyai kinerja baik sebesar 22%, lebih besar dibandingkan proporsi responden yang berpengetahuan rendah yaitu 10,3%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut tidak bermakna ( $p=0,285$ ), atau pengetahuan tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS.

### 5.3.6 Hubungan antara Motivasi dengan Kinerja Petugas MTBS

**Tabel 5.12**  
Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi dengan Kinerja Petugas MTBS  
di Puskesmas Dinas Kesehatan Tahun 2011

Motivasi	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	N	%	N	%				
Rendah	29	96,7	1	3,3	30	100,0	9,158 (1,125-74,521)	0,025
Tinggi	38	76,0	12	24,0	50	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

Hasil analisa hubungan antara motivasi dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden dengan motivasi tinggi dan mempunyai kinerja baik sebesar 24%, lebih besar dibandingkan proporsi responden yang mempunyai motivasi rendah yaitu 3,3%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut bermakna ( $p=0,025$ ), atau motivasi berhubungan dengan kinerja petugas MTBS. Analisis keeratan hubungan antara dua variabel didapatkan OR 9,158 (1,125-74,520), artinya petugas yang mempunyai motivasi tinggi berkecenderungan untuk berkinerja baik 9,158 kali dibandingkan perugas yang mempunyai motivasi rendah.

### 5.3.7 Hubungan antara Sarana dan Prasarana dengan Kinerja Petugas MTBS

Tabel 5.13

Distribusi Responden Berdasarkan Sarana dan Prasarana dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Sarana dan Prasarana	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	N	%				
Kurang	34	87,2	5	12,8	39	100,0	1,648 (0,489-5,560)	0,612
Cukup	33	80,5	8	19,5	41	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

Hasil analisa hubungan antara sarana dan prasarana penunjang MTBS dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden dengan sarana dan prasarana cukup dan mempunyai kinerja baik sebesar 19,5%, lebih besar dibandingkan proporsi responden yang mempunyai sarana dan prasarana kurang yaitu 12,8%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut tidak bermakna ( $p=0,612$ ), atau sarana dan prasarana penunjang MTBS tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS.

### 5.3.8 Hubungan antara Dukungan Kepala Puskesmas dengan Kinerja Petugas MTBS

Hasil analisa hubungan antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden yang mendapat dukungan kepala puskesmas baik dan mempunyai kinerja baik sebesar 19%, lebih besar jika dibandingkan dengan proporsi responden yang mendapat dukungan kepala



puskesmas kurang yaitu 13,2%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut tidak bermakna ( $p=0,682$ ), atau dukungan kepala puskesmas tidak berhubungan dengan kinerja petugas MTBS.

**Tabel 5.14**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Kepala Puskesmas dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011**

Dukungan Kepala Puskesmas	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	N	%				
Kurang	33	86,8	5	13,2	38	100,0	1,553 (0,460-5,237)	0,682
Baik	34	81,0	8	19,0	42	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

### 5.3.9 Hubungan antara Beban Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS

**Tabel 5.15**  
**Distribusi Responden Berdasarkan Beban Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011**

Beban Kerja	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	N	%				
Berat	51	89,5	6	10,5	57	100,0	3,719 (1,091-12,679)	0,044
Ringan	16	69,6	7	30,4	13	100,0		
Total	67	83,8	13	16,2	80	100,0		

Hasil analisa hubungan antara beban kerja dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden dengan beban kerja ringan dan mempunyai kinerja baik 30,4%, lebih besar dibandingkan proporsi responden dengan beban kerja berat yaitu 10,5%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut bermakna ( $p=0,044$ ), atau beban kerja berhubungan dengan kinerja petugas MTBS. Analisis keeratan hubungan antara dua variabel didapatkan OR 3,719 (1,091-12,679), artinya petugas MTBS dengan beban kerja ringan mempunyai kecenderungan untuk berkinerja baik 3,719 kali dibandingkan perugas yang mempunyai beban kerja berat.

### 5.3.10 Hubungan antara Supervisi Dengan Kinerja Petugas MTBS

Hasil analisa hubungan antara supervisi dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan bahwa proporsi responden yang mendapat mendapat supervisi baik dan mempunyai kinerja baik sebesar 27,5 %, lebih besar jika dibandingkan

dengan proporsi responden yang mendapat mendapat supervisi yaitu 5%. Hasil uji statistik menyatakan hubungan tersebut bermakna ( $p=0,015$ ), atau supervisi berhubungan dengan kinerja petugas MTBS dengan nilai OR 7,207 (1,481-35,068), yang berarti petugas MTBS yang mendapat supervisi baik mempunyai kecenderungan 7,207 kali untuk mempunyai kinerja yang baik dibandingkan dengan petugas yang kurang mendapat supervisi.

Tabel 5.16  
Distribusi Responden Berdasarkan Supervisi Dengan Kinerja Petugas MTBS  
di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2011

Supervisi	Kinerja Petugas MTBS				Total		OR (95% CI)	Nilai p
	Kurang		Baik		N	%		
	n	%	n	%				
Kurang	38	95,0	2	5,0	40	100,0	7,207 (1,481-35,068)	0,015
Baik	29	72,5	11	27,5	40	100,0		
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>83,3</b>	<b>13</b>	<b>16,2</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>		

## BAB 6 PEMBAHASAN

### 6.1 Keterbatasan Penelitian

#### 6.1.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, dimana semua variabel baik independen maupun dependen diukur pada waktu bersamaan, oleh karena itu desain ini hanya bersifat menggambarkan adanya suatu hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dan tidak melihat arah sebab akibat sehingga tidak dapat memasukkan variabel yang menjadi penyebab dengan variabel yang menjadi akibat.

Kerangka penelitian hanya menghubungkan variabel Independen yang terdiri dari variabel individu (umur, pendidikan, pelatihan, masa kerja, dan pengetahuan), variabel psikologi (motivasi) dengan variabel dependen (kinerja petugas MTBS). Artinya masih banyak faktor-faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap kinerja petugas MTBS yang tidak diteliti. Variabel dependen (kinerja petugas MTBS) dalam penelitian ini hanya dilihat dari pencapaian cakupan balita sakit yang di MTBS dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, dimana untuk beberapa petugas MTBS bisa memiliki kinerja yang sama berdasarkan tempat kerjanya.

#### 6.1.2 Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara dengan menggunakan kuisioner tanpa observasi langsung, hanya pada sarana dan prasarana penunjang MTBS saja yang diobservasi secara langsung, sehingga kualitas data yang terkumpul dalam penelitian ini sangat tergantung dari kemampuan pewawancara dan kemampuan responden mengingat, selain itu faktor lupa bisa menjadi penyebab *recall bias*. Salah satu upaya untuk mengatasi hal tersebut pewawancara terlebih dahulu menyamakan persepsi dengan responden mengenai maksud pertanyaan dalam kuisioner dan membatasi jangka waktu kejadian yang lalu selama 1 tahun terakhir (Jan-Des 2010). Untuk data sekunder yang menjadi indikator kinerja (pencapaian cakupan MTBS) dikumpulkan melalui

telaah dokumen pelaporan MTBS yang ada di Dinas Kesehatan Kota Madiun dan Puskesmas. Perhitungan data tersebut kemungkinan bisa terjadi kesalahan yang juga dapat mempengaruhi hasil penelitian. Upaya memperkecil kesalahan-kesalahan yang mungkin terjadi maka pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti dan mengecek kebenaran perhitungan pada data sekunder.

## 6.2 Gambaran Kinerja Petugas MTBS

Penelitian ini melibatkan 80 responden yaitu semua petugas MTBS di puskesmas induk dan puskesmas pembantu di Kota Madiun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi petugas MTBS yang mempunyai kinerja baik 16,3%, hal ini berarti 83,8% petugas MTBS mempunyai kinerja kurang. Proporsi kinerja kurang lebih tinggi daripada kinerja yang baik. Bila dibandingkan dengan penelitian lain tentang kinerja, temuan hasil penelitian ini adalah sama. Hasil penelitian Rumisis (2002) tentang kinerja bidan di Kabupaten Indragiri Hilir juga menunjukkan proporsi kinerja kurang lebih tinggi daripada kinerja baik yaitu 74,4%, begitu juga penelitian Sutantini (2003) di Kabupaten Lampung Barat yang menyatakan kinerja bidan kurang sebesar 73,4%.

Kinerja petugas MTBS diukur dari pencapaian cakupan balita sakit yang di MTBS. Adapun target cakupan balita sakit di MTBS yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota tahun 2010 yaitu 70%. Pencapaian cakupan balita sakit yang di MTBS di kota Madiun tahun 2010 yaitu 45% (PWS KIA 2010). Pencapaian ini masih dibawah target 70% dan lebih rendah bila dibandingkan dengan pencapaian cakupan balita sakit di MTBS Provinsi Jawa Timur tahun 2009 yaitu 47,5% (Laporan Penerapan MTBS Dinkes Propinsi Jatim tahun 2009).

Kinerja petugas yang masih rendah kemungkinan disebabkan belum adanya kebijakan tegas dari kepala puskesmas yang menyatakan bahwa semua kunjungan balita harus ditangani dengan pendekatan MTBS, selain itu juga kurang adanya arahan/petunjuk teknis dan evaluasi dalam penerapan MTBS. Kemungkinan lain disebabkan belum ada tenaga khusus pelaksana MTBS. Selama ini MTBS dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat yang mempunyai beban tugas rangkap sehingga kinerjanya kurang maksimal. Rendahnya motivasi kerja, kurangnya koordinasi antar petugas MTBS, belum adanya sistem penghargaan,

sistem insentif, kurangnya kecukupan sarana dan prasarana penunjang MTBS serta belum optimalnya supervisi dari tim MTBS juga bisa menjadi penyebab masih rendahnya kinerja petugas MTBS.

### **6.3 Variabel-Variabel yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas MTBS**

#### **6.3.1 Hubungan antara Umur dengan Kinerja Petugas MTBS**

Kedewasaan seseorang biasanya dikaitkan dengan kematangan dalam berfikir dan bertindak serta kesiapan untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya, selain itu umur juga mempengaruhi produktifitas. Menurut BPS (2007) dalam Laporan Sosial Indonesia 2007 tentang Analisis Perkembangan Statistik Ketenagaan, menyebutkan bahwa didalam kelompok usia produktif terdapat kelompok usia prima yaitu usia 25-54 tahun. Kelompok umur 25-54 tahun merupakan kelompok usia yang mempunyai produktifitas dan kinerja yang tinggi. Robbins (2003) menyatakan bahwa kinerja seseorang akan merosot dengan meningkatnya usia. Siagian (2008) menyatakan bahwa umur harus mendapat perhatian karena akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab yang dapat mempengaruhi kontribusi maksimal seseorang bagi kepentingan organisasi dimana dia bekerja.

Hasil analisis hubungan antara umur dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja petugas MTBS. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Syaendra (2000) di Kabupaten Agam Sumatra Barat dan penelitian Harlita (2010) di Kabupaten bogor yang menyatakan ada hubungan antara umur dengan kinerja bidan desa.

Tidak adanya hubungan antara umur dengan kinerja petugas MTBS kemungkinan dikarenakan produktifitas menurun dengan pertambahan umur atau pekerjaan yang berlarut-larut, selain itu pertambahan umur tidak selalu disertai kedewasaan dan timbulnya tanggung jawab. Penyebab yang lain karena MTBS merupakan pendekatan baru sementara petugas telah terbiasa dengan cara lama yang prosesnya lebih cepat dibandingkan dengan pendekatan MTBS dan lebih suka melakukan pekerjaan berdasarkan pengalaman daripada sesuai standar.

### 6.3.2 Hubungan antara Pendidikan dengan Kinerja Petugas MTBS

Tingkat pendidikan merupakan alat pengukur kemampuan yang paling dikenal, tingkat pendidikan seseorang secara umum mencerminkan kemampuan intelektual dan ketrampilan yang dimiliki (Siagian, 2008). Robbin (2003) menyatakan bahwa pendidikan seseorang berhubungan dengan kinerja, dimana seseorang yang berpendidikan tinggi cenderung berkinerja lebih baik dibanding yang berpendidikan rendah.

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dan kinerja petugas menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja petugas MTBS. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Umar (2007) di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi yang menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan kinerja bidan di desa.

Tidak adanya hubungan antara pendidikan dan kinerja petugas MTBS kemungkinan dikarenakan pengetahuan dan ketrampilan teknis MTBS yang lebih detail didapatkan melalui pelatihan MTBS, sedangkan pengetahuan tentang MTBS yang diperoleh dari pendidikan formal hanya sekilas saja dan dari proporsi responden dengan pendidikan tinggi belum semua mengikuti pelatihan MTBS.

### 6.3.3 Hubungan antara Pelatihan dengan Kinerja Petugas MTBS

Sikula dalam Hasibuan (2005) menyatakan bahwa pelatihan merupakan suatu usaha peningkatan pengetahuan dan keahlian seorang karyawan untuk mengerjakan suatu pekerjaan tertentu. Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau ketrampilan khusus bagi seseorang atau sekelompok orang guna meningkatkan kualitas pekerjaannya (Notoatmodjo, 2009).

Hasil analisis hubungan antara pelatihan dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan tidak ada hubungan antara pelatihan dengan kinerja petugas MTBS ( $p=0,086$ ). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Zaim (2001) di Kabupaten Sanggau dan penelitian Ridwan (2008) yang menyatakan adanya hubungan yang antara pelatihan dan kinerja bidan.

Tidak adanya hubungan antara pelatihan dengan kinerja petugas MTBS kemungkinan dikarenakan pelatihan yang diberikan lebih terfokus pada aspek pengetahuan dan ketrampilan dan kurang menekankan aspek kemauan kerja,

sehingga hasilnya kurang mendukung peningkatan kinerja. Kemungkinan lain dikarenakan tidak adanya evaluasi pasca pelatihan untuk memantau hasil pelatihan yang telah diberikan dan belum semua petugas mendapat pelatihan. Selain itu tidak ada pelatihan penyegaran bagi petugas MTBS yang telah lama mengikuti pelatihan MTBS.

#### **6.3.4 Hubungan antara Masa Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS**

Masa kerja menunjukkan hubungan positif dengan produktifitas kerja. Masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktifitas karyawan (Robbins, 2003). Masa kerja berkaitan dengan pengalaman dan produktifitas kerja. Semakin lama masa kerja seseorang maka pengalamannya semakin banyak, kemampuan dan ketrampilannya meningkat sehingga produktifitas dan kinerjanya lebih baik.

Hasil analisis hubungan antara masa kerja dengan kinerja petugas menunjukkan tidak ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja petugas MTBS. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Zaim (2001) di Kabupaten Sangau dan juga penelitian Pipo (2000) di Kabupaten Pariaman yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja Bidan PTT di desa.

Tidak adanya hubungan antara masa kerja dengan kinerja petugas MTBS kemungkinan dikarenakan penerapan MTBS baru efektif pada tahun 2010 meskipun sudah mulai diterapkan mulai tahun 2006. Penyebab lain kemungkinan karena petugas MTBS mulai jenuh melaksanakan prosedur MTBS yang membutuhkan waktu cukup lama ataupun petugas yang telah lama bekerja mempunyai beban kerja rangkap sehingga penyelesaian tugasnya kurang baik.

#### **6.3.5 Hubungan antara Pengetahuan dengan Kinerja Petugas MTBS**

Pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan pemicu awal dari tingkah lakunya. Pengetahuan merupakan domain yang positif untuk terbentuknya tindakan seseorang (*Overt Behaviour*), dimana perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2009). Pengetahuan sangat dibutuhkan dalam rangka perubahan pola pikir dan perilaku, termasuk perilaku kerja. Pengetahuan yang baik

tentang suatu pekerjaan akan membuat seseorang menguasai bidang pekerjaannya sehingga kinerjanya semakin baik.

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas MTBS ( $p=0,933$ ). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Umar (2006) di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja bidan desa, selain itu juga tidak sejalan dengan penelitian Basjuni (2001) di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dengan kinerja pelaksana perkesmas.

Tidak adanya hubungan antara pengetahuan dengan kinerja petugas MTBS dikarenakan pengetahuan tidak selalu menimbulkan perubahan terbentuknya perilaku baru yang diharapkan, karena banyak faktor-faktor lain yang mempengaruhi timbulnya perilaku. Kemungkinan juga bisa dikarenakan pengetahuan dan ketrampilan yang diperoleh dari pelatihan MTBS tidak diaplikasikan dalam bekerja.

### **6.3.6 Hubungan antara Motivasi dengan Kinerja Petugas MTBS**

Motivasi adalah suatu kondisi kejiwaan dan mental seseorang berupa aneka keinginan, dorongan dan kebutuhan yang membuat seseorang melakukan sesuatu untuk mengurangi kesenjangan yang dirasakan (Hasibuan, 2006). Menurut Ilyas (2002) motivasi adalah kesiapan khusus seseorang untuk melakukan atau melanjutkan serangkaian aktifitas yang ditujukan untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan.

Hasil analisis hubungan antara motivasi dengan kinerja petugas MTBS, menunjukkan ada hubungan antara motivasi dengan kinerja petugas MTBS. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Umar (2006) di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi yang menyatakan ada hubungan antara motivasi dengan kinerja bidan desa, selain itu juga sejalan dengan penelitian Jamaksari (2001) di Kabupaten Pandeglang yang menyatakan ada hubungan antara motivasi dengan kinerja petugas TB paru puskesmas.



Hal ini juga sesuai dengan pendapat Gibson (1996) yang menyatakan bahwa motivasi merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja seorang karyawan dan sesuai dengan pendapat Hasibuan (2008) yang menyatakan bahwa motivasi penting karena dengan motivasi diharapkan setiap karyawan mau bekerja keras dan antusias untuk mencapai produktifitas yang lebih tinggi. Motivasi petugas yang tinggi merupakan perangsang keinginan/daya penggerak kemauan seseorang untuk bekerja lebih baik.

Didalam pelayanan MTBS, dinas kesehatan dan kepala puskesmas diharapkan bisa memberikan dorongan dan membangkitkan semangat kerja petugas MTBS. Pada penelitian diperoleh 52,5% responden menyatakan bahwa pimpinan kurang mampu menciptakan hubungan kerja yang menyenangkan, mendorong dan membangkitkan semangat kerja, 53,7% responden menyatakan bahwa pimpinan kurang memberikan dorongan dan penghargaan kepada petugas MTBS, 95% responden menyatakan insentif sebagai petugas MTBS tidak memadai, selain itu 65% responden menyatakan tidak berkeinginan untuk menjadi petugas MTBS terbaik di Kota Madiun. Sistem penghargaan dalam bentuk piagam, pengakuan/pujian, pemilihan petugas MTBS teladan dan adanya sistem kompensasi/pemberian insentif diperlukan untuk menumbuhkan motivasi petugas. Koordinasi dan kerjasama antar petugas MTBS juga perlu dijaga dan ditingkatkan, karena dalam penelitian didapatkan 57,5% petugas yang menyatakan rekan kerja tidak kompak dan sulit diajak kerjasama. Kepala puskesmas perlu mengawasi dan menjaga koordinasi antar petugas MTBS.

Adanya kondisi kerja yang baik juga diperlukan untuk kenyamanan pelayanan baik bagi petugas maupun yang dilayani, dimana dalam penelitian didapatkan 60% petugas menyatakan kondisi kerja kurang baik dan menyenangkan, sehingga adanya ruangan khusus pelayanan MTBS sangat diperlukan. Pada penelitian didapatkan 63,7% responden menyatakan bahwa mereka merasa tidak cukup aman dan nyaman sebagai petugas MTBS, untuk itu kepala puskesmas diharapkan juga bisa menumbuhkan motivasi petugas MTBS bahwa pelayanan MTBS bukanlah suatu beban tambahan, namun merupakan kebutuhan yang harus dilaksanakan agar bisa memberikan pelayanan yang komprehensif kepada balita sakit sesuai standar pelayanan kesehatan sehingga

dapat menghindari terjadinya *missed opportunity* (hilangnya kesempatan) atau *drop out* pelayanan yang dapat meningkatkan resiko kematian balita di Kota Madiun.

Cara lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan motivasi kerja petugas MTBS dan komitmen kepala puskesmas dalam penerapan MTBS yaitu memasukkan pelayanan MTBS dalam standar operasional (SOP) puskesmas dan dalam penilaian pelaksanaan jabatan dan angka kredit baik untuk dokter, bidan maupun perawat

### **6.3.7 Hubungan antara Sarana dan Prasarana dengan Kinerja Petugas MTBS**

Sarana dan prasarana merupakan komponen dari input. Alat dan sarana merupakan sumber daya yang dapat digunakan untuk membantu menyelesaikan tujuan dengan sukses. Alat dan sarana merupakan faktor penunjang untuk pencapaian tujuan (Wibowo, 2009).

Hasil analisis hubungan antara sarana dan prasarana dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan tidak ada hubungan antara sarana dan prasarana dengan kinerja petugas. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sutantini (2002) di Kabupaten Lampung Barat yang menyatakan ada hubungan antara sarana dan prasarana dengan kinerja bidan di desa.

Hal ini juga tidak sesuai dengan pendapat Sarwoto (1991) yang menyatakan bahwa yang mempengaruhi kinerja/hasil kerja selain faktor lingkungan juga perlengkapan dan fasilitas, karena seringnya keterlambatan terjadi dalam pelaksanaan tugas disebabkan oleh tidak tersedianya alat perlengkapan yang diperlukan untuk melaksanakan tugas, oleh karena itu untuk mencapai kinerja/hasil kerja yang baik, peralatan yang disediakan harus cukup dan sesuai dengan tugas dan fungsi yang akan dilaksanakan.

Tidak adanya hubungan antara sarana dan prasarana dengan kinerja petugas MTBS kemungkinan disebabkan karena rata-rata ketersediaan sarana dan prasarana masih kurang bila dibandingkan dengan angka harapan dalam daftar tilik fasilitas MTBS (63 fasilitas), untuk itu kepala puskesmas dan dinas kesehatan perlu memfasilitasi kecukupan persediaan sarana dan prasarana penunjang MTBS

di puskesmas induk dan puskesmas pembantu untuk mendukung keberlangsungan pelayanan MTBS. Adanya ruangan khusus untuk pelayanan MTBS juga sangat diperlukan untuk kelancaran dan kenyamanan pelayanan.

### **6.3.8 Hubungan antara Dukungan Kepala Puskesmas dengan Kinerja Petugas MTBS**

Dukungan seorang pemimpin didalam sebuah organisasi diyakini berpengaruh terhadap kelangsungan suatu program atau kegiatan. Dukungan kepala puskesmas sangat dibutuhkan untuk memotivasi dan menggerakkan petugas agar berpartisipasi dalam meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan MTBS.

Hasil analisis hubungan antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas MTBS menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas MTBS. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Soemadipraja (1998) yang menyatakan adanya hubungan antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas pemberantasan penyakit kusta puskesmas dan juga tidak sejalan dengan penelitian Jamaksari (2003) di Kabupaten Pandeglang yang menyatakan ada hubungan antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas TB paru puskesmas.

Hasil penelitian ini juga tidak sesuai dengan pendapat Armstrong dan Baron (1998) dalam Wibowo (2009) yang menyatakan bahwa dorongan, bimbingan dan dukungan yang dilakukan oleh manager dan pemimpin tim merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja dan juga tidak sesuai dengan pendapat Ilyas (2006) yang menyatakan dukungan dan dorongan yang diberikan pimpinan kepada anggota tim akan mempengaruhi kinerja tim .

Tidak adanya hubungan antara dukungan kepala puskesmas dengan kinerja petugas MTBS kemungkinan dikarenakan kepala puskesmas hanya sebatas menganjurkan untuk melaksanakan MTBS, tidak ada ketentuan/kebijakan yang mewajibkan agar semua balita sakit di MTBS. Kepala puskesmas juga jarang yang memberikan arahan/petunjuk teknis dalam penerapan MTBS, selain itu juga tidak ada pemantauan dan evaluasi rutin untuk membahas permasalahan terkait dengan penerapan MTBS.

### **6.3.9 Hubungan antara Beban Kerja dengan Kinerja Petugas MTBS**

Adanya keterbatasan sumber daya manusia menyebabkan hampir semua petugas di puskesmas mempunyai beban kerja/tugas rangkap. Perangkapan tugas dapat menyebabkan penumpukan pekerjaan yang tidak tepat yang akan mengganggu kelancaran dan mempengaruhi kinerja. Sutarto (1991) menyatakan bahwa beban kerja yang diberikan kepada petugas sebaiknya merata, sebab petugas dalam keadaan terbatas kemampuannya, kepandaiannya, kesehatannya, perhatiannya maupun waktunya, maka jumlah tugas yang dapat diselesaikan dengan baik juga terbatas. Oleh karena itu perlu dilakukan pembagian kerja yang menunjukkan perincian tugas yang menjadi tanggung jawab pokok bagi masing-masing petugas.

Hasil analisis hubungan antara beban kerja dan kinerja petugas MTBS menunjukkan ada hubungan antara beban kerja dengan kinerja petugas MTBS. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Basjuni (2001) di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin yang menyatakan adanya hubungan bermakna antara beban kerja dengan kinerja pelaksana perkesmas. Hasil penelitian Pipo (2000) di Kabupaten Pariaman juga menyatakan adanya hubungan bermakna antara beban kerja dengan kinerja bidan di desa.

Kinerja berkorelasi positif dengan beban kerja. Pada penelitian juga didapatkan proporsi responden yang mempunyai beban kerja berat lebih besar dibandingkan beban kerja ringan, untuk itu kepala puskesmas perlu membagi beban kerja kepada semua staf puskesmas secara seimbang dan proporsional disertai kejelasan tugas masing-masing bidang. Kepala puskesmas perlu membentuk petugas khusus yang melaksanakan pelayanan MTBS, agar petugas tersebut dapat fokus dan bekerja maksimal dalam pelayanan MTBS sehingga dapat mencapai target yang telah ditetapkan. Dinas kesehatan juga perlu mengkaji mapping tenaga kesehatan/jumlah tenaga kesehatan yang harus ditempatkan di pelayanan kesehatan disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien sakit.

### **6.3.10 Hubungan antara Supervisi dengan Kinerja Petugas MTBS**

Supervisi merupakan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila

ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Aswar, 2010). Supervisi atau pengawasan oleh atasan terhadap bawahan adalah alat untuk memotivasi kerja karyawan (Notoatmodjo, 2010).

Hasil analisis hubungan antara supervisi dengan kinerja petugas MTBS menyatakan ada hubungan antara supervisi dengan kinerja petugas MTBS. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Zaim (2001) di Kabupaten Sangau dan penelitian Umar (2007) di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi yang menyatakan ada hubungan antara supervisi dengan kinerja bidan di desa.

Hal ini sesuai dengan pendapat Green (2001) dalam Rumisis (2002) yang menyatakan bahwa supervisi oleh atasan merupakan faktor pendukung untuk meningkatkan kinerja. Timpe (1992) juga menyatakan bahwa supervisi dibutuhkan karyawan untuk memperbaiki dan mempertahankan kinerja.

Hasil penelitian dan pendapat beberapa tokoh diatas cukup memberikan gambaran bahwa supervisi sangatlah penting, melalui supervisi seorang petugas akan mendapatkan umpan balik tentang hasil kerjanya, mendapat bimbingan teknis dan mengetahui faktor-faktor yang menghambat dan mendorong yang berguna untuk memperbaiki dan peningkatan kinerjanya. Peningkatan pembinaan dan pengawasan melalui supervisi secara terencana dan terus menerus oleh tim MTBS Dinas Kesehatan Kota Madiun sangat diperlukan karena dari penelitian diperoleh baru 50% petugas MTBS yang mendapatkan supervisi. Pada saat supervisi sebaiknya tidak hanya memberikan umpan balik saja tetapi juga memberikan teknis sesuai kebutuhan petugas dan berdiskusi dengan petugas MTBS untuk mencari faktor pendorong dan penghambat pelaksanaan pelayanan MTBS. Tindak lanjut terhadap permasalahan yang ditemukan dalam pelaksanaan pelayanan MTBS perlu segera diberikan agar dapat meningkatkan motivasi petugas dan komitmen/dukungan kepala puskesmas terhadap pelaksanaan pelayanan MTBS.

Hasil dari penilaian dan temuan permasalahan dalam supervisi bagi tim MTBS Dinas Kesehatan Kota Madiun dapat dijadikan sebagai masukan untuk perbaikan perencanaan pelayanan MBTS berikutnya guna memperbaiki dan meningkatkan kinerja petugas MTBS.

## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

1. Petugas MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun yang mempunyai kinerja baik hanya 16,2%
2. Variabel yang mempunyai hubungan dengan kinerja petugas MTBS adalah motivasi ( $p=0,025$ , OR 9,158, 95% CI 1,125-74,521), artinya petugas MTBS yang mempunyai motivasi tinggi berkecenderungan 9,158 kali untuk berkinerja baik dibandingkan dengan petugas yang mempunyai motivasi rendah, beban kerja ( $p=0,044$ , OR 3,719, 95% CI 1,091-12,679), artinya petugas MTBS yang mempunyai beban kerja ringan berkecenderungan hampir 4 kali untuk berkinerja baik dibandingkan dengan petugas MTBS yang mempunyai beban kerja berat, dan supervisi ( $p=0,015$ , OR 7,207, 95% CI 1,481-35,068), artinya petugas MTBS yang mendapat supervisi baik berkecenderungan 7,207 kali untuk berkinerja baik dibandingkan dengan petugas MTBS yang kurang mendapat supervisi.
3. Variabel yang tidak mempunyai hubungan dengan kinerja petugas MTBS antara lain umur ( $p=0,417$ ), pendidikan ( $p=0,458$ ), pelatihan ( $p=0,086$ ), masa kerja ( $p=0,544$ ), pengetahuan ( $p=0,265$ ), sarana dan prasarana ( $p=0,612$ ) dan dukungan kepala puskesmas ( $p=0,682$ ).

#### 7.2 Saran

##### 7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Madiun

1. Meningkatkan pembinaan dan pengawasan secara terencana dan terus menerus melalui supervisi untuk peningkatan pelaksanaan pelayanan MTBS di Kota Madiun serta segera memberikan tindak lanjut dan dilakukan umpan balik untuk meningkatkan motivasi petugas dan komitmen kepala puskesmas terhadap pelaksanaan pelayanan MTBS.

2. Memfasilitasi terjaganya kecukupan persediaan sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan pelayanan MTBS di puskesmas induk dan puskesmas pembantu.
3. Melakukan evaluasi/pemantauan pasca pelatihan MTBS, memberikan pelatihan penyegaran bagi petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS. Pada pelatihan tidak hanya menekankan pada aspek pengetahuan dan ketrampilan saja tetapi juga pada kemauan kerja.
4. Membuat sistem penghargaan dalam bentuk piagam, pemilihan petugas MTBS teladan, sistem kompensasi/insentif dan pengakuan/pujian yang disampaikan dalam forum resmi kepada petugas yang melaksanakan MTBS dengan baik.
5. Mengkaji kembali mapping tenaga kesehatan/jumlah tenaga kesehatan yang ditempatkan disetiap pelayanan kesehatan disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien sakit.
6. Memasukkan MTBS dalam SOP puskesmas dan mengusulkan ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD) Kota Madiun agar pelayanan MTBS dimasukkan dalam penilaian pelaksanaan jabatan dan angka kredit bagi dokter, bidan dan perawat.

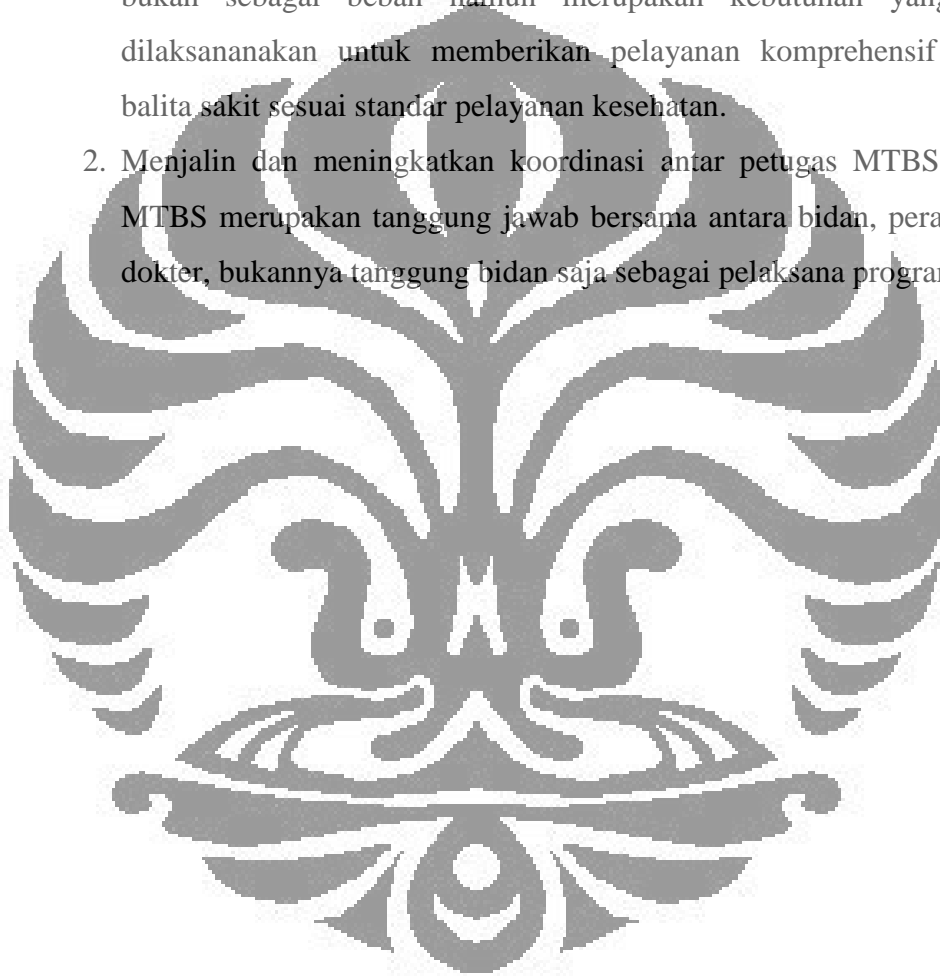
#### **7.2.2 Bagi Puskesmas di Kota Madiun**

1. Kepala puskesmas perlu membuat komitmen tegas bahwa semua kunjungan balita sakit harus mendapat pelayanan MTBS, melakukan pemantauan dan evaluasi rutin penerapan MTBS.
2. Kepala puskesmas hendaknya membagi beban kerja kepada semua staf puskesmas secara seimbang dan proporsional disertai dengan kejelasan tugas masing-masing bidang, memberlakukan sistem kompensasi yang baik dan menetapkan petugas khusus yang melaksanakan pelayanan MTBS.
3. Kepala puskesmas agar memfasilitasi kecukupan persediaan sarana dan prasarana untuk mendukung keberlangsungan pelayanan MTBS khususnya penyediaan ruangan khusus pelayanan MTBS.

4. Kepala puskesmas selalu menjaga dan mengawasi kerjasama/koordinasi antar petugas MTBS dan meningkatkan motivasi kerja kepada petugas MTBS.

### **7.2.3 Petugas MTBS di Kota Madiun**

1. Petugas MTBS agar selalu memberikan pelayanan MTBS kepada semua kunjungan balita sakit dan menganggap pelayanan MTBS bukan sebagai beban namun merupakan kebutuhan yang harus dilaksanakan untuk memberikan pelayanan komprehensif kepada balita sakit sesuai standar pelayanan kesehatan.
2. Menjalin dan meningkatkan koordinasi antar petugas MTBS, bahwa MTBS merupakan tanggung jawab bersama antara bidan, perawat dan dokter, bukannya tanggung bidan saja sebagai pelaksana program KIA.





## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2005  
Sistem Kesehatan. Jakarta: Rajawali Persada
- Alamsyah, 2000  
Analisis dan Rancangan Sistem Pemantauan Kualitas Tatalaksana Balita Sakit melalui Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kabupaten Cianjur Jawa Barat. Tesis UI
- Azwar, Azrul. 2010  
Pengantar Administrasi Kesehatan. Edisi Revisi. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Basjuni, 2001  
Analisis Kinerja Pelaksana Perkesmas terhadap Cakupan Penemuan Penderita Baru Tuberkulosis BTA (+) di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin. Tesis UI
- Depdiknas, 2005  
Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka
- Departemen Kesehatan RI, 2008  
Konseling Bagi Ibu. Jakarta: Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL
- Departemen Kesehatan RI, 2008  
Manajemen Terpadu Balita Muda Umur Kurang Dari 2 Bulan. Jakarta: Direktorat Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL
- Departemen Kesehatan RI, 2008  
Menentukan Tindakan dan Memberi Pengobatan. Jakarta: Direktorat Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL
- Departemen Kesehatan RI, 2008  
Penilaian dan Klasifikasi Anak Sakit Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun. Jakarta: Direktorat Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL
- Departemen Kesehatan RI, 2008  
Pengantar Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Direktorat Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL
- Departemen Kesehatan RI, 2008  
Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas. Jakarta: Direktorat Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL

- Departemen Kesehatan RI. 2008  
Penerapan MTBS di Puskesmas. Jakarta: Direktorat Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL
- Departemen Kesehatan RI. 2008  
Tindak Lanjut. Jakarta: Direktorat Bina Kesejahteraan Masyarakat Direktorat Jendral PP dan PL
- Dinkes Kota Madiun, 2009  
Profil Dinas Kesehatan Kota Madiun Tahun 2009
- Dinkes Propinsi Jawa Timur, 2008  
Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2008
- Faridah, 2009  
Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Motivasi Kerja Petugas Pelaksana Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas Kota Surabaya. Tesis UNIP Semarang. Diakses Tanggal 8 November 2010. [http://www.pdfprints.undip.ac.id/17297/1/F\\_A\\_R\\_I\\_D\\_A\\_H](http://www.pdfprints.undip.ac.id/17297/1/F_A_R_I_D_A_H)
- Firdaus, 2008  
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas dan Puskesmas Pembantu dalam Menerapkan Prosedur Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Tesis UI
- Gibson. 1990  
Organisasi Perilaku Struktur dan Proses Edisi Kelima. Jakarta: Erlangga
- Handoko, Hani, 2001  
Manajemen Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: BPFE
- Harlita. 2010  
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa di Kabupaten Bogor. Tesis UI
- Hasibuan, 2005  
Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara
- Hasibuan, 2008  
Organisasi dan Motivasi. Jakarta : Bumi Aksara
- Ilyas, Yaslis. 2002.  
Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
- Ilyas, Yaslis, 2006  
Kiat Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja. Jakarta: Gramedia

- Jamaksari, 2001  
Analisis Kinerja Petugas TB Paru Puskesmas dengan Pendekatan Manajemen Mutu Terpadu di Kabupaten Pandeglang. Tesis UI
- Kementerian Kesehatan RI, 2010  
Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Myrnawati, 1998  
Penilaian Kualitas Tatalaksana Kasus, Kepatuhan Follow up dan Kematian Bayi dan Anak Balita, Studi di Daerah Intervensi dan Non Intervensi MTPA di Dati II Cianjur 1997. Disertasi UI
- Muninjaya, A. Gde, 2004  
Manajemen Kesehatan. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, Soekidjo, 1993  
Pengantar Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Yogyakarta: Andi Offset
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007  
Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2009  
Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010  
Metode Penelitian Kesehatan. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Panggabean, 2004  
Manajemen Sumber Daya Manusia. Bogor: Ghalia Indonesia
- Pudjiastuti, Wiwiek, 2002  
Analisis Kepatuhan Petugas Puskesmas terhadap Tatalaksana Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2001. Tesis UI
- Pipo, 2000  
Analisis Faktor Internal dan Faktor Eksternal yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa Sebagai Pegawai Tidak Tetap dalam Masa Perpanjangan di Kabupaten Pariaman. Tesis UI
- Ridwan, 2008  
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Menerapkan Manajemen Aktif Kala III di Kota Metro. Tesis UI
- Robbins, 2003  
Perilaku Organisasi Edisi Kesepuluh. Jakarta: PT. Indeks Gramedia

- Rumisis. 2003  
Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja bidan di Desa di Kabupaten Indragiri Hilir Tahun 2002. Tesis UI
- Sabri, Luknis. 2008  
Statistik Kesehatan. Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Press
- Sarwoto. 1991  
Dasar Dasar Organisasi dan Manajemen. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Siagian, 1987  
Pengembangan Sumber Daya Insani. Jakarta: Gunung Agung
- Soemadipraja, 1998  
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Pemberantasan Penyakit Puskesmas dalam Penemuan Kasus di Kabupaten Sumedang. Tesis UI
- Sutantini, 2002  
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Neonatal di Kabupaten Lampung Barat. Tesis UI
- Sutarto. 2002  
Dasar Dasar Organisasi. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Syalendra, 2000  
Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Antenatal (ANC) di Kabupaten Agam Sumatra Barat Tahun 2006. Tesis UI
- Umar, 2006  
Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa dalam Pelayanan Antenatal Sesuai Standar Pelayanan Kebidanan di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi. Tesis UI
- Wibowo. 2009  
Manajemen Kinerja. Jakarta: Rajawali Persada
- Wijaya, 2010  
Manajemen Terpadu Balita Sakit. Diakses Tanggal 8 Oktober 2010.  
<http://www.infodokterku.com/index.php?option...mtbs>
- WHO, 2005.  
Intregated Management of Child Illness. Geneva: WHO

WHO, 2007

Report and Technical Consultation on IMCI Training Approaches and Pre-service IMCI. Geneva: WHO

BPS. 2007

Analisis Perkembangan Statistik ketenagakerjaan (Laporan Sosial Indonesia 2007). Jakarta: BPS. Diakses Tanggal 12 Februari 2011. [http://www. mas echo. com/./ pengelompokan-usia-kerja menurut BPS 2007](http://www.mas echo. com/./ pengelompokan-usia-kerja menurut BPS 2007)

Bappenas. 2010

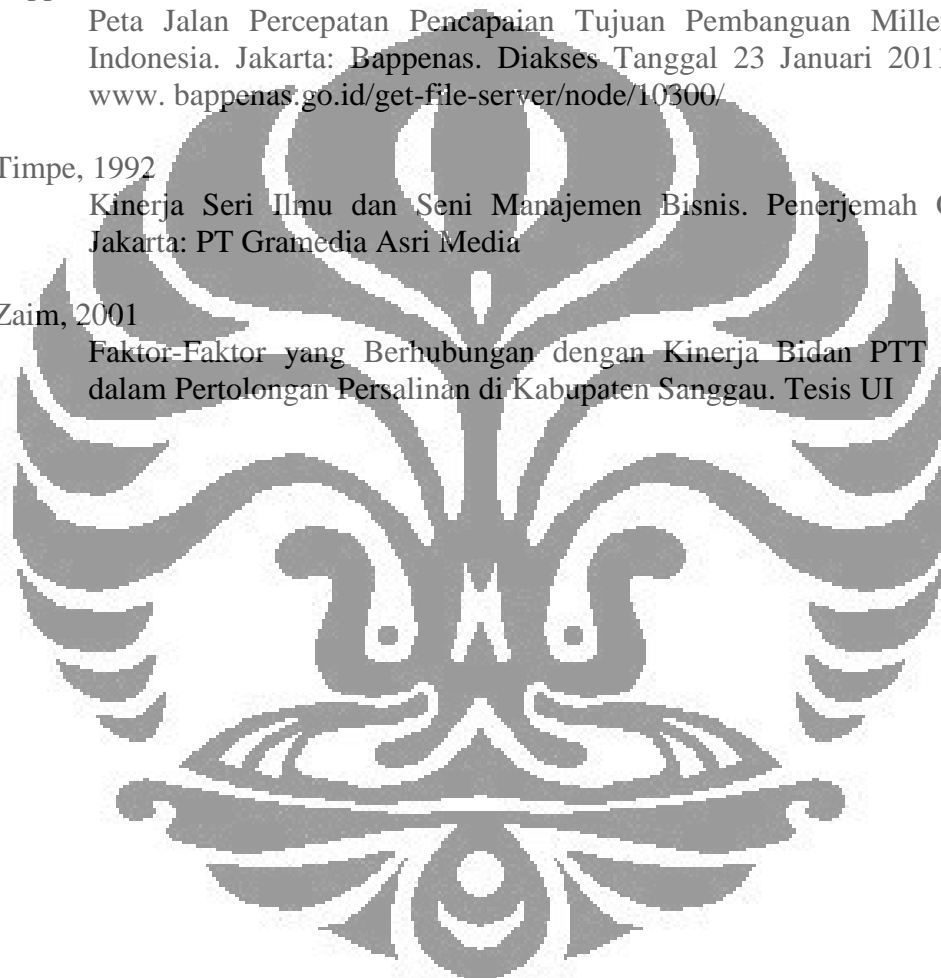
Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia. Jakarta: Bappenas. Diakses Tanggal 23 Januari 2011. [http:// www. bappenas. go. id/ get- file- server/ node/ 10300/](http://www. bappenas. go. id/ get- file- server/ node/ 10300/)

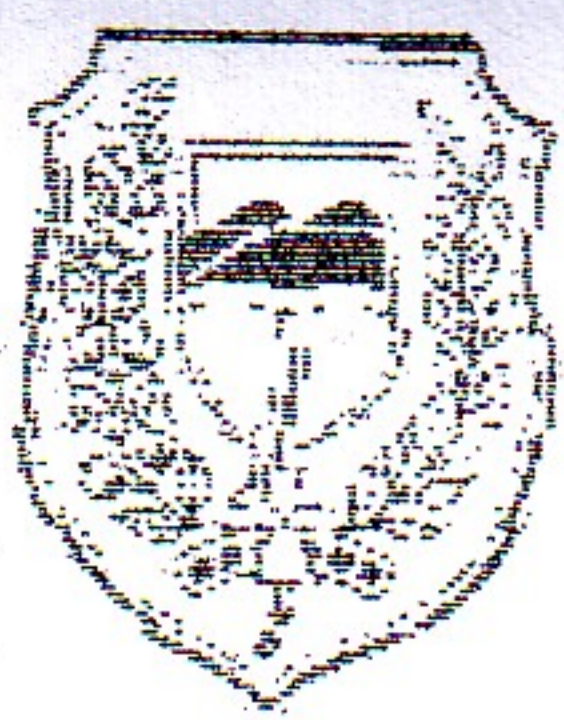
Timpe, 1992

Kinerja Seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis. Penerjemah Cikmats. Jakarta: PT Gramedia Asri Media

Zaim, 2001

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidang PTT di Desa dalam Pertolongan Persalinan di Kabupaten Sanggau. Tesis UI





# PEMERINTAH KOTA MADIUN

BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

JL. UDOWO NO. 1 MADIUN 63116

TELEPON (0351) 462153

website : <http://www.madiun.kota.go.id>

Madiun, 2 Mei 2011

Kepada

Nomor : 072/ <sup>362</sup> /401.203/2011 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kota Madiun  
Sifat : Biasa  
Lampiran : - di -  
Perihal : Ijin Penelitian/Survey **MADIUN**  
a.n. Fera Tri Wahyuni.

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Madiun Nomor 05 Tahun 2008 dan Peraturan Walikota Madiun Nomor 48 Tahun 2008 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat, serta memperhatikan surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta Tanggal 29 April 2011 Nomor 2968/H2.F10/PPM.00.00/2011 perihal seperti pada pokok surat dan proposal penelitian, dengan ini diberitahukan bahwa nama yang tersebut dibawah ini :

NAMA : FERA TRI WAHYUNI  
TEMPAT / TGL. LAHIR : NGAWI, 27 FEBRUARI 1983  
ALAMAT : DS. BADERAN RT. 13 RW. 5 GENENG NGAWI  
NIM / NPM : 0906615631  
PENDIDIKAN / JURUSAN : S 1 / KESEHATAN MASYARAKAT  
JUDUL PENELITIAN : FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA PETUGAS MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT ( MTBS ) DALAM PELAKSANAAN PELAYANAN MTBS DI PUSKESMAS DINAS KESEHATAN KOTA MADIUN TAHUN 2011  
TUJUAN PENELITIAN : UNTUK MENYUSUN SKRIPSI  
TEMPAT PENELITIAN : PUSKESMAS MANGUHARJO, PATIHAN, ORO ORO OMBO, TAWANGREJA, DEMANGAN, BANJAREJO KOTA MADIUN.  
JANGKA WAKTU : 3 (TIGA) BULAN TMT SEJAK SURAT DIKELUARKAN  
PESERTA PENELITIAN : -

akan melaksanakan penelitian di Kantor / Wilayah Saudara, dengan catatan *peneliti wajib mentaati ketentuan yang berlaku.*

Demikian untuk menjadi periksa dan bantuannya.

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,  
POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT  
KOTA MADIUN

  
**MIDHARTONO, S.Sos, SH, M.Hum**

Pembina Tingkat I

NIP. 19571111 198409 1 002

Tembusan :

1. Sdr. Walikota Madiun ( sebagai laporan )
2. Sdr. Dekan FKM UI Jakarta.
3. Sdr. Fera Tri Wahyuni, Mhs. FKM UI Jakarta

LEMBAR KUESIONER  
KAJIAN FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KINERJA  
PETUGAS MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) DALAM  
PELAKSANAAN PELAYANAN MTBS DI PUSKESMAS DINAS  
KESEHATAN KOTA MADIUN TAHUN 2011

KETERANGAN WAWANCARA

1. No. Urut Responden :
2. Nama Pewawancara : .....
3. Hari dan Tanggal Wawancara : .....
4. Hasil Kunjungan Wawancara :
  1. Wawancara lengkap
  2. Wawancara tidak lengkap
  3. Perlu wawancara ulang
  4. Menolak untuk diwawancara
- Catatan dari pewawancara : .....
5. Nama Puskesmas : .....
1. Puskesmas Manguharjo
    - 1.1 Pustu Winongo
    - 1.2 Pustu Nambangan lor
  2. Puskesmas Patihan
    - 2.1 Pustu Madiun Lor
    - 2.2 Pustu Ngegong
    - 2.3 Pustu Sogaten
    - 2.4 Pustu Pangongangan
  3. Puskesmas Demangan
    - 3.1 Pustu Yosenan
    - 3.2 Pustu Pandean
  4. Puskesmas Banjarejo
    - 4.1 Pustu Mojorejo
    - 4.2 Pustu Manisrejo
    - 4.3 Pustu Kejuron
  5. Puskesmas Oro Oro Ombo
    - 5.1 Pustu Klegèn
    - 5.2 Pustu Kanigoro
  6. Puskesmas Tawangrejo
    - 6.1 Pustu Rejomulyo
    - 6.2 Pustu Kelun
    - 6.3 Pustu Pilangbango
6. Kecamatan
  1. Kecamatan Manguharjo
  2. Kecamatan Taman
  3. Kecamatan Kartoharjo

\*) Diisi oleh peneliti

**A. IDENTITAS RESPONDEN**

1. Nama Responden : .....
2. Umur Responden : .....Tahun

**B. PENDIDIKAN**

3. Apa tingkat pendidikan terakhir anda?
  - 1) S1 Kedokteran
  - 2) S1 Keperawatan
  - 3) DIII Keperawatan
  - 4) DIV Kebidanan
  - 5) D111 Kebidanan
  - 6) D1 Kebidanan
  - 7) Sekolah Perawat Kesehatan
  - 9) Lainnya, sebutkan.....

**C. MASA KERJA**

4. Berapa lama anda bertugas sebagai petugas MTBS di puskesmas?.....Tahun .....Bulan
5. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan MTBS?
  1. Ya
  2. Tidak
6. Apakah anda mempunyai tugas dan tanggung jawab program lain selain MTBS?
  1. Ya, sebutkan:
    - a..... b.....
    - c..... d.....
  2. Tidak

**D. PENGETAHUAN**

7. Apakah anda tahu tentang MTBS?
  1. Ya
  2. Tidak



8	<p>Menurut anda, apa itu MTBS? <i>Jawaban bisa lebih dari 1. Tunggu jawaban spontan. Jika sudah diam tanyakan "ada lagi?"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suatu pendekatan keterpaduan dalam tata laksana balita sakit yang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar.</li> <li>2. MTBS mencakup upaya kuratif terhadap penyakit pneumoni, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif dan preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A, dan konseling pemberian makan.</li> <li>3. MTBS bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita serta menekan mordibitas.</li> <li>9. Lainnya, sebutkan.....</li> </ol>	1.Ya	0.Tidak
9.	<p>Menurut anda, MTBS mencakup usia berapa?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0-59 bulan</li> <li>9. Lainnya, sebutkan.....</li> </ol>		
10	<p>Menurut anda, bagaimana langkah langkah pelaksanaan MTBS? <i>Jawaban bisa lebih dari 1. Tunggu jawaban spontan. Jika sudah diam tanyakan "ada lagi?"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menilai dan membuat klasifikasi anak sakit</li> <li>2. Menentukan tindakan dan memberi pengobatan</li> <li>3. Memberi konseling bagi ibu</li> <li>4. Memberi pelayanan tindak lanjut</li> <li>9. Lainnya, sebutkan.....</li> </ol>	1.Ya	0.Tidak
11	<p>Menurut anda, apa saja tanda bahaya umum pada anak sakit? <i>Jawaban bisa lebih dari 1. Tunggu jawaban spontan ibu. Jika sudah diam tanyakan "ada lagi bapak/ibu?"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak bisa minum atau menyusu</li> <li>2. Selalu memuntahkan makanan yang dimakan</li> <li>3. Kejang</li> <li>4. letargis atau tidak sadar</li> <li>9. Lainnya, sebutkan.....</li> </ol>	1.Ya	0.Tidak

12	<p>Menurut anda, gejala apa saja yang bisa ditemukan pada seorang anak yang diklasifikasikan mengalami pneumonia berat? <i>Jawaban bisa lebih dari 1. Tunggu jawaban spontan. Jika sudah diam tanyakan "ada lagi bapak/ibu?"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya tanda bahaya umum</li> <li>2. Tarikan dinding dada kedalam</li> <li>3. Stridor</li> <li>9. Lainnya, sebutkan.....</li> </ol> <p>.....</p>	1.Ya	0.Tidak
----	---	------	---------

13. Menurut anda, gejala apa yang ditemukan pada seorang anak yang diklasifikasikan mengalami disentri?

1. Ada darah dalam tinja
9. Lainnya, sebutkan.....

14. Menurut anda, gejala apa yang ditemukan pada seorang anak yang diklasifikasikan mengalami diare persisten?

1. Diare 14 hari atau lebih
9. Lainnya, sebutkan.....

15. Menurut anda, berapa balita sakit yang harus anda layani dengan MTBS bila ada 10 balita sakit yang berkunjung?

1. 10 balita
9. Lainnya, sebutkan.....

16	<p>Menurut anda, bagaimana seorang anak balita digolongkan menderita demam? <i>Jawaban bisa lebih dari 1. Tunggu jawaban spontan. Jika sudah diam tanyakan "ada lagi ?"</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibunya mengatakan panas (anamnesis)</li> <li>2. Teraba panas</li> <li>3. Suhu 37,5°C atau lebih</li> <li>9. Lainnya, sebutkan.....</li> </ol> <p>.....</p>	1.Ya	0.Tidak
----	--	------	---------

#### E. MOTIVASI

Bagaimana pendapat anda terhadap pernyataan pernyataan dibawah ini.

- |                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| a. SS = Sangat Setuju | c. TS = Tidak Setuju        |
| b. S = Setuju         | d. STS= Sangat Tidak Setuju |

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
17	Saya merasa cukup aman dan nyaman sebagai petugas MTBS				
18	Saya bekerja dalam kondisi kerja yang baik dan menyenangkan				
19	Pimpinan mampu menciptakan hubungan kerja yang menyenangkan, mendorong dan membangkitkan semangat kerja				
20	Sebagai pengelola MTBS saya mendapat dorongan dan penghargaan dari pimpinan				
21	Saya berkeinginan untuk menjadi petugas MTBS yang terbaik di Kota Madiun				
22	Insentif yang saya terima sebagai petugas MTBS tidak memadai				
23	Rekan kerja tidak kompak dan sulit diajak kerjasama				
24	Pimpinan tidak memberikan kemudahan untuk mengembangkan diri (misal: mengikuti seminar, pelatihan, dan pendidikan lanjut)				
25	Saya mengalami pertentangan dalam melaksanakan tugas dan pekerjaan karena adanya perlakuan yang membeda-bedakan dari pimpinan				

**F. DUKUNGAN KEPALA PUSKESMAS.**

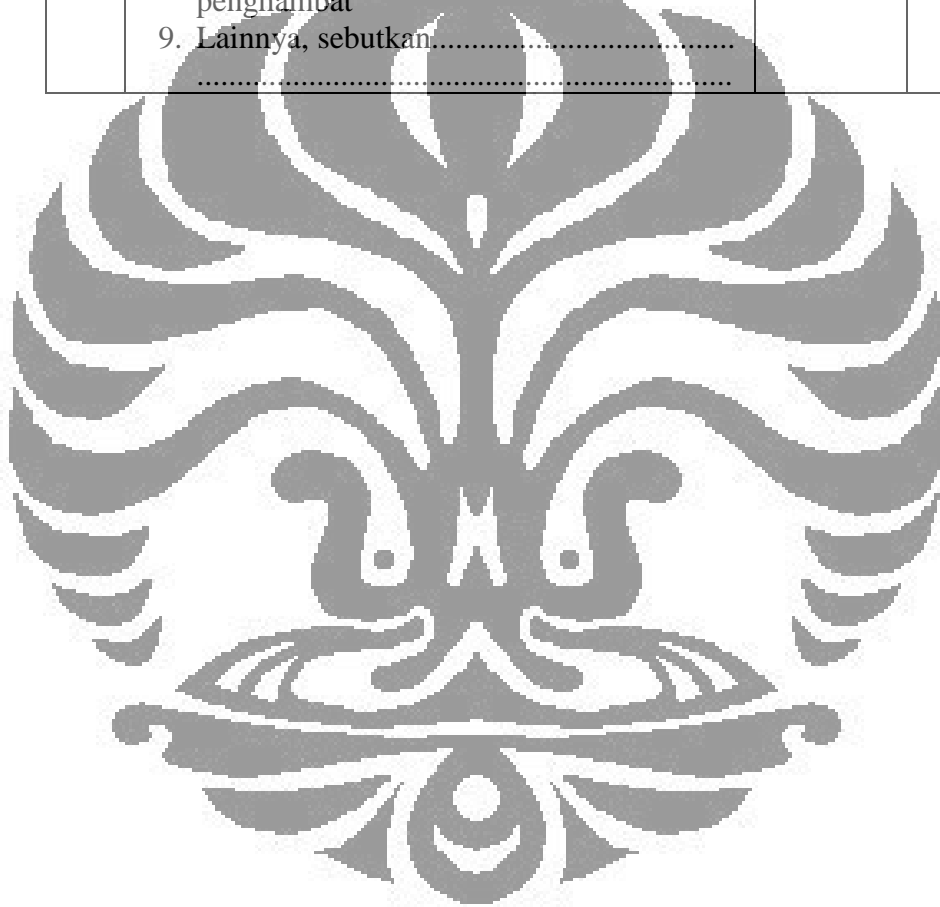
26. Apakah kepala puskesmas menganjurkan anda menerapkan MTBS kepada setiap balita sakit yang berkunjung ke puskesmas?
1. Ya
  2. Tidak
27. Apakah kepala puskesmas sering menyampaikan arahan dan petunjuk teknis dalam penerapan MTBS?
1. Ya, Apa bentuknya? Sebutkan.....
  2. Tidak
28. Apakah kepala puskesmas mengadakan pertemuan rutin untuk mengevaluasi/membahas permasalahan yang berhubungan dengan penerapan MTBS di puskesmas?
1. Ya, Berapa kali/bln? 1.1 .....Kali/bln  
1.2 Tidak tentu waktunya
  2. Tidak

G. SUPERVISI.

29. Apakah Tim MTBS Kota (selanjutnya disebut supervisi) melakukan kegiatan supervisi atau pemantauan MTBS ke puskesmas anda?

1. Ya, berapa kali dalam 1 tahun?.....Kali
2. Tidak

30	Apa yang dilakukan supervisor pada akhir supervisi? <i>Jawaban bisa lebih dari 1.</i> 1. Memberi bimbingan teknis 2. Memberi umpan balik 3. Mencari faktor pendorong dan penghambat 9. Lainnya, sebutkan..... .....	1.Ya	0.Tidak
----	--	------	---------



DAFTAR TILIK UNTUK FASILITAS PENUNJANG MTBS  
DINAS KESEHATAN KOTA MADIUN TAHUN 2011

Tanggal :

Puskesmas :

Pustu :

<b>I. TEMPAT DAN PERALATAN MTBS</b>		Ya/Ada	Tdk
<b>1</b>	<b>Tempat Pemeriksaan dan Peralatan</b>		
1.1	Tersedia peralatan untuk pemeriksaan		
1.2	Tersedia meja dan kursi untuk pemeriksa dan ibu balita		
1.3	Timbangan berfungsi baik		
1.4	Tersedia timer untuk ispa atau arloji biasa		
1.5	Tersedia bagan MTBS		
1.6	Buku KIA/KMS balita cukup tersedia		
1.7	Formulir pencatatan MTBS cukup tersedia		
1.8	Kartu nasihat ibu cukup tersedia		
1.9	Termometer badan tersedia dan berfungsi		
1.10	Tersedia tensimeter beserta manset anak		
<b>2</b>	<b>Pojok Oralit</b>		
2.1	Balita dengan dehidrasi ringan dan sedang mendapat oralit		
2.2	Tersedia meja tempat oralit dan kursi untuk ibu balita		
2.3	Tersedia cukup air matang untuk balita yang sedang mendapat terapi cairan		
2.4	Tersedia cangkir, gelas, sendok dan tempat air		
2.5	Tersedia tempat pembuangan feses untuk balita yang sedang mendapat terapi cairan		
2.6	Oralit tersedia setiap hari		
<b>3</b>	<b>Pojok Gizi</b>		
3.1	Tersedia contoh makanan seimbang		
3.2	Tersedia cukup KMS balita		

3.3	Tersedia poster, leaflet penyuluhan gizi		
<b>4 Tempat Imunisasi</b>			
4.1	Tersedia lemari es yang berfungsi baik		
4.2	Tersedia termometer untuk lemari es yang berfungsi baik		
4.3	Tersedia sterilisator yang berfungsi baik		
4.4	Tersedia semprit dan jarum suntik yang cukup		
4.5	Suhu lemari es dalam keadaan baik (4-8°C)		
4.6	Tersedia vaksin: BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B		
<b>II. PELAYANAN MTBS DAN RUJUKANNYA</b>			
1	Pelayanan MTBS dilaksanakan setiap hari		
2	Pelayanan imunisasi tersedia setiap hari		
3	Pelayanan rujukan dapat dijangkau dalam 30 menit		
4	Pojok oralit tersedia setiap hari		
5	Pojok gizi tersedia setiap hari		
<b>II. OBAT DAN BAHAN</b>			
1	Kotrimoksazol sirup/tablet		
2	Amoxisisilin sirup/tablet		
3	Kapsul tetrasiklin		
5	Tablet asam nalidiksat		
6	Tablet klorokuin		
7	Tablet primakuin		
8	Tablet sulfadoksin pirimetamin (fansidar)		
9	Tablet paracetamol		
10	Tablet pirantel pamoat		
11	Tablet nistatin		
12	Fe tablet/sirup		
13	Vitamin A 200.000 IU		

14	Vitamin A 100.000 IU		
15	Tablet zinc		
16	Injeksi kloramfenikol		
17	Injeksi gentamisin		
18	Injeksi penisilin prokain		
19	Injeksi kinin		
20	Injeksi diazepam		
21	Injeksi phenobarbital		
22	Tetrasiklin/kloramfenikol salep mata		
23	Gentian violet 1%		
24	Gliserin		
25	Aquabides untuk pelarut		
26	Oralit 200 cc		
27	Cairan infus Ringer laktat		
28	Cairan infus dextrose 5%		
29	Cairan infus Na Cl 0,9%		
30	Alkohol 70%		
31	Semprit dan jarum steril untuk 1 cc, 2,5 cc, 5 cc, 10 cc		
32	Infus set untuk anak dan bayi no.23 dan 25		
33	Alat penumbuk obat		

## Frekuensi Table

### Kinerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	67	83.8	83.8	83.8
	Baik	13	16.2	16.2	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 25 Tahun, > 54 Tahun	3	3.8	3.8	3.8
	25-54 Tahun	77	96.2	96.2	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI Kedokteran	20	25.0	25.0	25.0
	SI Keperawatan	4	5.0	5.0	30.0
	DIII Keperawatan	22	27.5	27.5	57.5
	DIV Kebidanan	1	1.3	1.3	58.8
	DIII Kebidanan	16	20.0	20.0	78.8
	DI Kebidanan	10	12.5	12.5	91.3
	Sekolah Perawat Kesehatan (SPK)	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	17	21.2	21.2	21.2
	Tinggi	63	78.8	78.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Pelatihan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	35	43.8	43.8	43.8
	Pernah	45	56.2	56.2	100.0
	Total	80	100.0	100.0	



### Masa Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baru	40	50.0	50.0	50.0
	Lama	40	50.0	50.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	39	48.8	48.8	48.8
	Tinggi	41	51.2	51.2	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Motivasi

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
17	Saya merasa cukup aman dan nyaman sebagai petugas MTBS	8,8%	27,5%	41,2%	22,5%
18	Saya bekerja dalam kondisi kerja yang baik dan menyenangkan	3,8%	36,2%	43,8%	16,2%
19	Pimpinan mampu menciptakan hubungan kerja yang menyenangkan, mendorong dan membangkitkan semangat kerja	7,5%	40,0%	40,0%	12,5%
20	Sebagai pengelola MTBS saya mendapat dorongan dan penghargaan dari pimpinan	8,8%	37,5%	46,2%	7,5%
21	Saya berkeinginan untuk menjadi petugas MTBS yang terbaik di Kota Madiun	5,0%	30,0%	56,2%	8,8%
22	Insentif yang saya terima sebagai petugas MTBS tidak memadai	31,2%	63,8%	5,0%	-
23	Rekan kerja tidak kompak dan sulit diajak kerjasama	13,7%	43,8%	35,0%	7,5%
24	Pimpinan tidak memberikan kemudahan untuk mengembangkan diri (misal: mengikuti seminar, pelatihan, dan pendidikan lanjut)	1,2%	7,5%	73,8%	17,5%
25	Saya mengalami pertentangan dalam melaksanakan tugas dan pekerjaan karena adanya perlakuan yang membeda-bedakan dari pimpinan	2,5%	7,5%	63,8%	26,2%

### Motivasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	30	37.5	37.5	37.5
	Tinggi	50	62.5	62.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Sarana dan prasarana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	39	48.8	48.8	48.8
	Cukup	41	51.2	51.2	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Dukungan Kepala Puskesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	38	47.5	47.5	47.5
	Baik	42	52.5	52.5	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Beban kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berat	57	71.2	71.2	71.2
	Ringan	23	28.8	28.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

### Supervisi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	40	50.0	50.0	50.0
	Baik	40	50.0	50.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Pendidikan * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Pelatihan * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Masa Kerja * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Pengetahuan * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Motivasi * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Sarana dan Prasarana * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Dukungan Kepala Puskesmas * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Beban Kerja * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%
Supervisi * Kinerja	80	100.0%	0	.0%	80	100.0%

### Umur \* Kinerja Crosstabulation

Umur		Kinerja		
		Kurang	Baik	Total
< 25 Tahun, > 54 Tahun	Count	2	1	3
	% within Umur	66.7%	33.3%	100.0%
25-54 Tahun	Count	65	12	77
	% within Umur	84.4%	15.6%	100.0%
Total	Count	67	13	80
	% within Umur	83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.668(b)	1	.414		
Continuity Correction(a)	.000	1	.984		
Likelihood Ratio	.550	1	.458		
Fisher's Exact Test				.417	.417
Linear-by-Linear Association	.660	1	.417		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .49.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Umur (< 25 Tahun, . 54 Tahun / 25-54 Tahun)	.369	.031	4.401
For cohort Kinerja = Kurang	.790	.353	1.768
For cohort Kinerja = Baik	2.139	.398	11.506
N of Valid Cases	80		

### Pendidikan \* Kinerja Crosstabulation

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	
Pendidikan	Rendah	Count	13	4	17
		% within Pendidikan	76.5%	23.5%	100.0%
Tinggi	Count	54	9	63	
		% within Pendidikan	85.7%	14.3%	100.0%
Total	Count	67	13	80	
		% within Pendidikan	83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.841(b)	1	.359		
Continuity Correction(a)	.299	1	.585		
Likelihood Ratio	.782	1	.377		
Fisher's Exact Test				.458	.281
Linear-by-Linear Association	.830	1	.362		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.76.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Pendidikan (Rendah / Tinggi)	.542	.144	2.036
For cohort Kinerja = Kurang	.892	.673	1.183
For cohort Kinerja = Baik	1.647	.577	4.702
N of Valid Cases	80		

**Pelatihan \* Kinerja Crosstabulation**

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	
Pelatihan	Tidak pernah	Count	26	9	35
		% within Pelatihan	74.3%	25.7%	100.0%
	Pernah	Count	41	4	45
		% within Pelatihan	91.1%	8.9%	100.0%
Total		Count	67	13	80
		% within Pelatihan	83.8%	16.2%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.095(b)	1	.043		
Continuity Correction(a)	2.952	1	.086		
Likelihood Ratio	4.107	1	.043		
Fisher's Exact Test				.066	.043
Linear-by-Linear Association	4.044	1	.044		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.69.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pelatihan (Tidak pernah / Pernah)	.282	.079	1.010
For cohort Kinerja = Kurang	.815	.657	1.011
For cohort Kinerja = Baik	2.893	.971	8.620
N of Valid Cases	80		

**Masa Kerja \* Kinerja Crosstabulation**

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	
Masa Kerja	Baru	Count	32	8	40
		% within Lama Kerja	80.0%	20.0%	100.0%
	Lama	Count	35	5	40
		% within Lama Kerja	87.5%	12.5%	100.0%
Total		Count	67	13	80
		% within Lama Kerja	83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.827(b)	1	.363		
Continuity Correction(a)	.367	1	.544		
Likelihood Ratio	.833	1	.361		
Fisher's Exact Test				.546	.273
Linear-by-Linear Association	.816	1	.366		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Masa Kerja (Baru / Lama)	.571	.169	1.928
For cohort Kinerja = Kurang	.914	.753	1.110
For cohort Kinerja = Baik	1.600	.572	4.472
N of Valid Cases	80		

### Pengetahuan \* Kinerja Crosstabulation

		Kinerja		Total
		Kurang	Baik	Kurang
Pengetahuan Rendah	Count	35	4	39
	% within Pengetahuan	89.7%	10.3%	100.0%
Tinggi	Count	32	9	41
	% within Pengetahuan	78.0%	22.0%	100.0%
Total	Count	67	13	80
	% within Pengetahuan	83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.009(b)	1	.156		
Continuity Correction(a)	1.241	1	.265		
Likelihood Ratio	2.058	1	.151		
Fisher's Exact Test				.227	.132
Linear-by-Linear Association	1.984	1	.159		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.34.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Pengetahuan (Rendah / Tinggi)	2.461	.690	8.777
For cohort Kinerja = Kurang	1.150	.947	1.396
For cohort Kinerja = Baik	.467	.157	1.394
N of Valid Cases	80		

### Motivasi \* Kinerja Crosstabulation

		Kinerja		
		Kurang	Baik	Total
Motivasi Rendah	Count	29	1	30
	% within Motivasi	96.7%	3.3%	100.0%
Tinggi	Count	38	12	50
	% within Motivasi	76.0%	24.0%	100.0%
Total	Count	67	13	80
	% within Motivasi	83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.884(b)	1	.015		
Continuity Correction(a)	4.464	1	.035		
Likelihood Ratio	7.130 <sup>a</sup>	1	.008		
Fisher's Exact Test				.025	.013
Linear-by-Linear Association	5.811	1	.016		
N of Valid Cases	80				

a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.88.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Motivasi (Rendah / Tinggi)	9.158	1.125	74.520
For cohort Kinerja = Kurang	1.272	1.074	1.507
For cohort Kinerja = Baik	.139	.019	1.015
N of Valid Cases	80		

### Sarana dan Prasarana \* Kinerja Crosstabulation

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	Kurang
Sarana dan Prasarana	Kurang	Count	34	5	39
		% within Sarana dan Prasarana	87.2%	12.8%	100.0%
	Cukup	Count	33	8	41
		% within Sarana dan Prasarana	80.5%	19.5%	100.0%
Total		Count	67	13	80
		% within Sarana dan Prasarana	83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.658(b)	1	.417		
Continuity Correction(a)	.258	1	.612		
Likelihood Ratio	.664	1	.415		
Fisher's Exact Test				.548	.307
Linear-by-Linear Association	.649	1	.420		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.34.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Sarana dan Prasarana (Kurang / Cukup)	1.648	.489	5.560
For cohort Kinerja = Kurang	1.083	.893	1.314
For cohort Kinerja = Baik	.657	.235	1.836
N of Valid Cases	80		



**Dukungan Kepala Puskesmas \* Kinerja Crosstabulation**

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	
Dukungan Kepala Puskesmas	Kurang	Count	33	5	38
		% within Dukungan Kepala Puskesmas	86.8%	13.2%	100.0%
	Baik	Count	34	8	42
		% within Dukungan Kepala Puskesmas	81.0%	19.0%	100.0%
Total		Count	67	13	80
		% within Dukungan Kepala Puskesmas	83.8%	16.2%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.509(b)	1	.476		
Continuity Correction(a)	.168	1	.682		
Likelihood Ratio	.513	1	.474		
Fisher's Exact Test				.554	.343
Linear-by-Linear Association	.502	1	.479		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.18.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Dukungan Kepala Puskesmas (Kurang / Baik)	1.553	.460	5.237
For cohort Kinerja = Kurang	1.073	.885	1.300
For cohort Kinerja = Baik	.691	.247	1.930
N of Valid Cases	80		

### Beban kerja \* Kinerja Crosstabulation

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	
Beban kerja	Berat	Count	51	6	57
		% within Beban kerja	89.5%	10.5%	100.0%
	Ringan	Count	16	7	23
		% within Beban kerja	69.6%	30.4%	100.0%
Total	Count		67	13	80
	% within Beban kerja		83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.773(b)	1	.029		
Continuity Correction(a)	3.422	1	.064		
Likelihood Ratio	4.379	1	.036		
Fisher's Exact Test				.044	.036
Linear-by-Linear Association	4.713	1	.030		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.74.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Beban kerja (Berat / Ringan)	3.719	1.091	12.679
For cohort Kinerja = Kurang	1.286	.968	1.710
For cohort Kinerja = Baik	.346	.130	.919
N of Valid Cases	80		

### Supervisi \* Kinerja Crosstabulation

			Kinerja		Total
			Kurang	Baik	Kurang
Supervisi	Kurang	Count	38	2	40
		% within Supervisi	95.0%	5.0%	100.0%
	Baik	Count	29	11	40
		% within Supervisi	72.5%	27.5%	100.0%
Total	Count		67	13	80
	% within Supervisi		83.8%	16.2%	100.0%

### Chi-Square Test

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.440(b)	1	.006		
Continuity Correction(a)	5.878	1	.015		
Likelihood Ratio	8.072	1	.004		
Fisher's Exact Test				.013	.006
Linear-by-Linear Association	7.347	1	.007		
N of Valid Cases	80				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
	Lower	Upper	Lower
Odds Ratio for Supervisi (Kurang / Baik)	7.207	1.481	35.068
For cohort Kinerja = Kurang	1.310	1.069	1.606
For cohort Kinerja = Baik	.182	.043	.769
N of Valid Cases	80		